

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1973 — N°

*ENQUETE RETROSPECTIVE SUR LE DEVENIR
DE 500 TUBERCULEUX HOSPITALISES A ALGER
en 1971 — 1972*

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1973

par

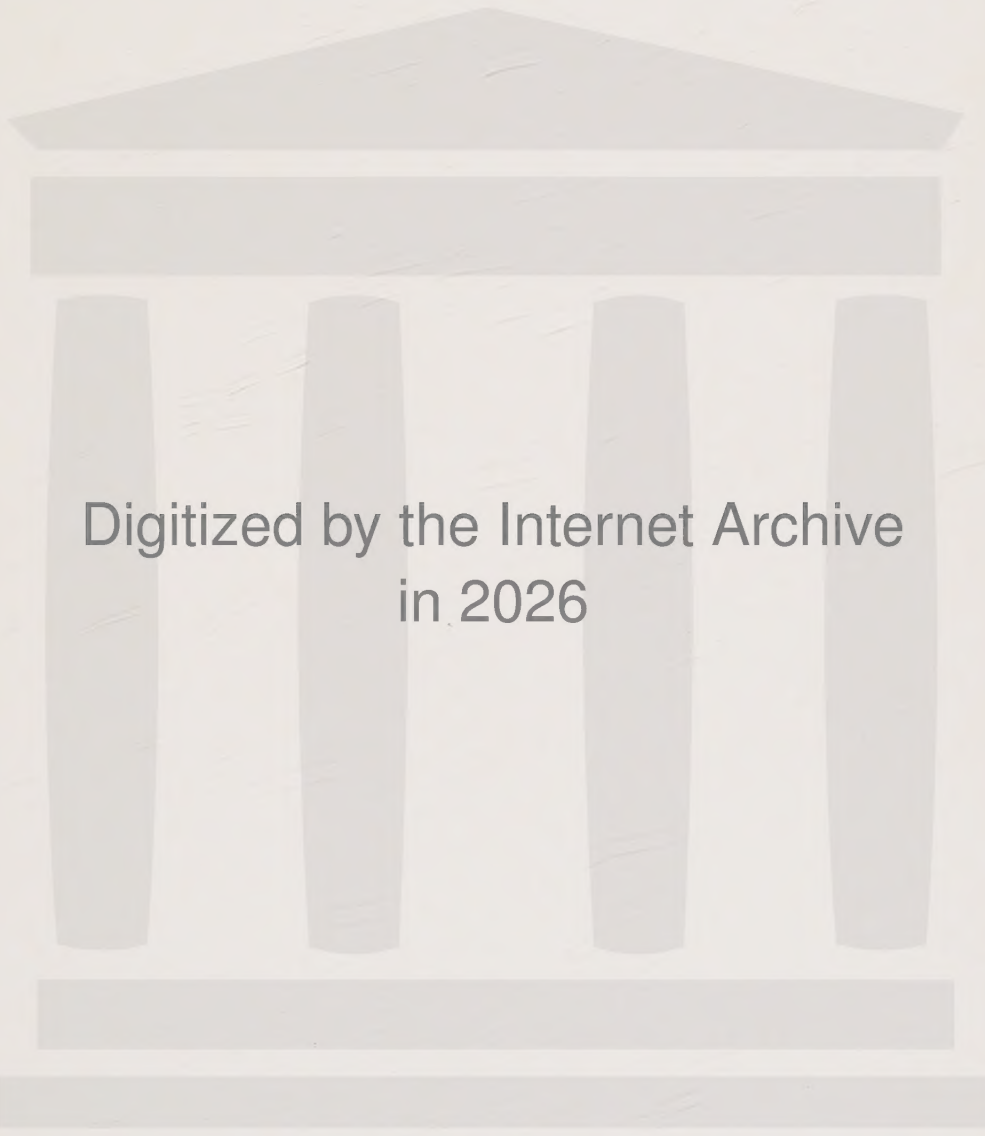
M^r MOKRANI Rabah

Né le 19 Mai 1946 à Tizi - Ouzou

++***

MEMBRES DU JURY

MM. P. CHAULET : Professeur de pneumophtisiologie	}	PRESIDENT
N. OUSSEDIK : Maître de Conférences Agrégé de Pneumophtisiologie ..		
M ^{me} F. BOULAHBAL : Maître de Conférences Agrégé de Microbiologie	}	JUGES
L. MOKHTARI : Maître de Conférences Agrégé d'Hygiène		



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548218_0004

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1973 — N°

*ENQUETE RETROSPECTIVE SUR LE DEVENIR
DE 500 TUBERCULEUX HOSPITALISES A ALGER
en 1971 — 1972*

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1973

par

M^r MOKRANI Rabah

Né le 19 Mai 1946 à Tizi - Ouzou

MEMBRES DU JURY

MM. P. CHAULET : Professeur de pneumophtisiologie	} PRESIDENT
N. OUSSEDIK : Maître de Conférences Agrégé de Pneumophtisiologie ..	
M ^{me} F. BOULAHBAL : Maître de Conférences Agrégé de Microbiologie	} JUGES
L. MOKHTARI : Maître de Conférences Agrégé d'Hygiène	

SERMENT D'HIPPOCRATE

=====

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

- A Feu mon frère RACHID
- A mon père et ma mère, en faible témoignage de ma reconnaissance pour tous les sacrifices consentis pour moi.
- A mes frères : MOULOUD, HAMID, MAHMOUD, MOHAMED et KARIM.
- A mes soeurs : FADILA et MALIKA.
- A ma belle-soeur et mes neveux.
- A ma tante le Docteur KROUN.
- A tous mes parents.
- A mes instituteurs d'Ecole Primaire.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAULET

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail, et d'en accepter la présidence du jury.

Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses encouragements.

Dans son Service, il nous a fait profiter de son immense expérience clinique.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE OUSSEDIK

Vous nous avez toujours accueilli avec une amabilité sans pareil, nous avons trouvé près de lui le souci constant de nous faire profiter de son expérience et de son travail.

Vous nous avez précieusement conseillé dans notre travail.

Vous nous honorez par votre présence dans notre jury de thèse.

Qu'il nous soit permis ici de vous exprimer notre profonde gratitude.

A MADAME LE PROFESSEUR AGREGE BOULAHBAL.

Votre présence ici témoigne de l'importance que vous accordez à notre modeste travail. Et nous en sommes très honorés.

Veuillez accepter l'expression de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MOKHTARI.

Qu'il trouve ici notre pleine gratitude pour l'enseignement qu'il nous a prodigué au travers de ses nombreux travaux et communications, et l'intérêt qu'il a porté à notre travail en nous honorant par sa présence au sein de notre jury de Thèse.

Nous vous en sommes reconnaissants et vous assurons de nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABDERRAHIM.

En marque de notre profonde reconnaissance, pour l'aide efficace et les conseils éclairés que vous nous avez prodigué sans cesse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUCIF.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude, pour l'aide que vous nous avez apporté au cours de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMRANE.

En témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX ET NOTAMMENT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANGAUD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADA

En témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A tous mes amis, et particulièrement :

- Feu le Docteur EL GHAZI
- Le Docteur KACI Ali
- Le Docteur MACHER Yahia
- Le Docteur YAHOU Yahia
- Le Docteur MOKRANI Abdelhamid, Mon Frère.

Au Personnel Medical et Para Médical des Dispensaires des Deux (2)
Cliniques de Pneumophtisiologie "A" et "B" d'ALGER.

Qui a facilité la réalisation de notre travail.

A tout le Personnel du Secrétariat.

- INTRODUCTION -

. CHAPITRE I - MATERIEL ET METHODES DE TRAVAIL -

- I . 1 : Lieu de l'enquête
- I . 2 : Groupe de malades étudiés
- I . 3 : Méthodes de travail.

. CHAPITRE II - RESULTATS :

- II . 1 : Résultats généraux
- II . 2 : Résultats analytiques.

. CHAPITRE III - COMMENTAIRES -

- III . 1 : Comparaison avec les résultats d'autres enquêtes
- III . 2 : Evaluation de l'efficacité après la réorganisation de la lutte antituberculeuse à Alger.
- III . 3 : Comment réduire le nombre de malades perdus de vue.

- CONCLUSION -

- . Fiche mécanographique et fac similé
- . Code de classement des dossiers
- . Bibliographie

-  N T R O D U C T I O N -

--C330--

o

- // INTRODUCTION -

====*==*==*==*==*==*==*==*

- 3 -

L'enquête retrospective portant sur le devenir des malades soumis à la chimiothérapie antibacillaire est une méthode de base dans l'évaluation technique et organisationnelle d'un réseau de traitement.

Plusieurs enquêtes récentes menées en Algérie, ont démontré les insuffisances et les lacunes de l'organisation administrative du traitement. A l'occasion de la réorganisation de la lutte antituberculeuse à Alger et de l'adoption, dans un secteur qui s'étend à la partie Ouest de la Ville d'Alger et de la Wilaya d'Alger, de méthodes de travail standardisées qui avaient été expérimentées auparavant dans une unité de lutte antituberculeuse, on a tenté d'évaluer l'efficacité de la chimiothérapie antibacillaire pour cinq cent (500) malades hospitalisés d'octobre 1971 à Mai 1972 à la Clinique de Pneumophthysiologie A du centre Hospitalier Universitaire ISSAAD Hassani de Béni-Messous, cette évaluation à pour but :

- 1°) - de rechercher si les résultats du traitement sont significativement différents chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, selon la qualité du diagnostic, et chez les malades atteints de tuberculose extrapulmonaire.
- 2°) - D'apprécier comparativement l'efficacité des structures de traitement à Alger et hors d'Alger.
- 3°) - D'évaluer les résultats pratiques du programme de lutte antituberculeuse ... Cette évaluation constitue un élément essentiel de ce programme : une telle évaluation, intégrée au travail de routine, permet en effet d'améliorer les méthodes de travail, et éventuellement de faire apparaître des lacunes existantes et surtout de les situer.

(C H A P I T R E I

====*~*==*==*==*

/)/)ATERIEL ET METHODES DE TRAVAIL

- I- 1 - Lieu de l'enquête
- I- 2 - Le groupe de malades étudiés
- I- 3 - Méthodes de travail

I - 1 - Lieu de l'Enquête et Structures de Lutte

Anti-Tuberculeuse à Alger depuis Août 1971

- *I. 1 - 1 : Les Services d'Hospitalisation des Tuberculeux
- *I. 1 - 2 : Le Secteur Ouest de la lutte Antituberculeuse
- *I. 1 - 3 : Le Secteur Est de la lutte Antituberculeuse.

C H A P I T R E I.

I. 1 - Lieu de l'enquête et structure de lutte Antituberculeuse à Alger depuis Août 1971.

I. 1 - 1. Les Services d'Hospitalisation des Tuberculeux :

La Clinique de Pneumophtisiologie "A", fait partie du Centre Hospitalo-Universitaire Issâad Hassani de Béni-Messous, situé à la périphérie de l'agglomération Algéroise, à douze kilomètres du Centre Ville, voisine de la Clinique de Pneumophtisiologie "B", ces deux Services avec leurs 426 lits, représentent les structures Hospitalières spécialisées en Pneumophtisiologie de la ville d'Alger, et résultent de la "Contraction" des Anciens Services de Pneumophtisiologie de l'Hôpital de Béni-Messous et de l'Hôpital Mustapha.

La réorganisation de l'hospitalisation en Pneumophtisiologie à Béni-Messous, a été contemporaine d'une réorganisation de la lutte antituberculeuse dans la région d'Alger.

En effet, chacune des deux Cliniques de Pneumophtisiologie contrôle environ la moitié de la population d'Alger et les structures de Santé Publique qui la desservent ; de plus ces deux Cliniques Universitaires, servent de centre de référence aux Services de Santé Publique de la Wilaya d'Alger ainsi que du reste de l'Algérie.

I. 1 - 2 . Le secteur Ouest de la lutte Antituberculeuse :

Mise en place depuis Août 1971, la sectorisation de la lutte Antituberculeuse à Alger, a défini deux secteurs ; celui ayant pour Centre de référence la Clinique de Pneumophtisiologie "A" ou secteur OUEST, et celui ayant pour centre de référence la Clinique de Pneumophtisiologie "B" ou secteur EST.

Le secteur qui dépend de la Clinique de Pneumophtisiologie "A", à laquelle appartient la majorité de nos malades hospitalisés est le secteur OUEST, qui comprend 590.000 habitants environ, répartis aux huit quartiers.

(thèse Melle CHAMPENOIS, Nantes 1973).

ARRONDISSEMENTS	NUMEROS DE L'ARRONDISSEMENT	POPULATION EN 1973 NBRE D'HABITANTS
BAB EL OUED	1	102.162
CASBAH	2	106.249
ALGER CENTRE	2	97.656
MUSTAPHA	4	57.524
BOLOGHINE	6	
BOUZAREAH	11	69.089
EL BIAR	7	90.382
BIRMENDREIS*	12	67.877*
TOTAL		590.

NB. Chiffres de population donnés en 1972, établis à partir du recensement général de population et de l'habitat de 1966 (Wilaya d'Alger, Série I Vol I, Ville D'Alger, Série I Vol 2) en adoptant un taux d'accroissement naturel moyen de 32, 1 % en 1970, (Direction des Statistiques. Tableaux de l'Economie Algérienne en 1971).

* Les chiffres donnés pour les arrondissements de Mustapha et Birmendreis sont ceux de la population du secteur de la Clinique A en considérant que ces arrondissements ont été partagés approximativement entre les deux secteurs de lutte antituberculeuse.

Les malades du secteur Ouest ont à leur disposition, trois dispensaires antituberculeux spécialisés, qui permettent d'assurer le dépistage de la tuberculose, ainsi que le diagnostic des affections pulmonaires non tuberculeuses. Les malades sont alors orientés selon les cas, soit vers la Clinique de Pneumophtisiologie A pour leur hospitalisation, soit vers l'un des Quinze (15) centres de Santé du secteur qui assurera les soins. Le dispensaire antituberculeux prend aussi en charge tous les malades tuberculeux à leur sortie de l'hôpital pour la poursuite de leur traitement ambulatoire, ainsi que la surveillance Clinique, bactériologique et radiologique, aux cours du traitement ambulatoire.

A cet effet deux fiches lettres sont remplies par le médecin traitant de l'hôpital, dont l'une est adressée par la poste au Médecin-Chef du dispensaire entituberculeux auquel est confié le malade, et l'autre remise en mains propres aux malades sortant qui se chargera de la remettre au dispensaire lorsqu'il se présentera. Le traitement ambulatoire peut avoir lieu soit dans des dispensaires antituberculeux spécialisés, soit dans un centre de soins non spécialisé de quartier.

DISPENSARE ANTITUBERCULEUX	ARRONDISSEMENTS	NBRE DE CENTRES DE SOINS NON SPECIALI- SES.
BAB - EL - OUED (24 RUE LAZARGES)	1.6.7.11.	11
LA CASBAH (BD. HADDAD ABDERRA- ZAK)	2	3
MUSTAPHA (PLACE CURIE)	3.4.12.	1

TABEAU 1.

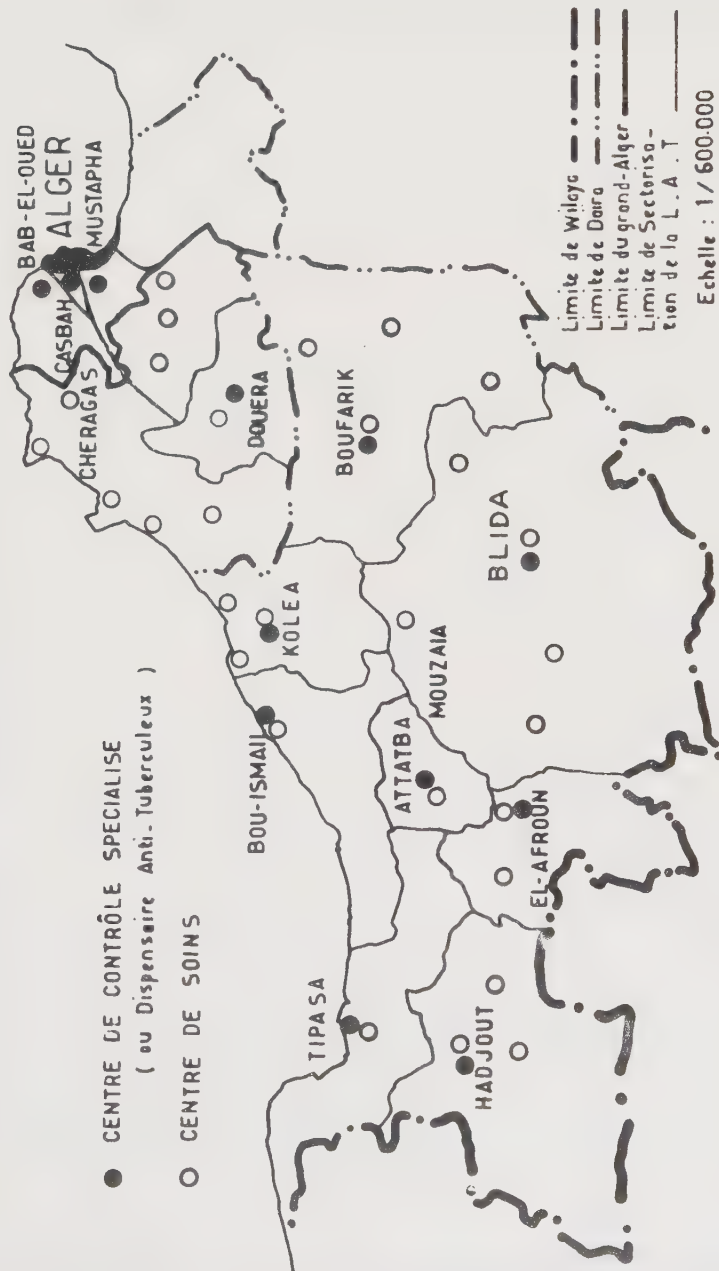
Le secteur OUEST de la lutte antituberculeuse de la Ville d'Alger.

La sectorisation s'étend aussi hors d'Alger, dans la Wilaya d'Alger :
Le secteur Ouest dont le centre de référence est la Clinique de Pneumophtisiologie "A", comporte aussi les divers secteurs sanitaires des Daïrates de Cheragas et Bliou, toutes deux rattachées au secteur Ouest.

SECTEUR OUEST DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

● CENTRE DE CONTRÔLE SPECIALISE
(ou Dispensaire Anti-Tuberculeux)

○ CENTRE DE SOINS



de la Ville d'Alger, l'ensemble de ces secteurs sanitaires en ce qui concerne la lutte antituberculeuse est supervisée par les Medecins de la Clinique de Pneumophtisiologie "A" de Béni-Mesrou, avec un seul dispensaire spécialisé à Blida. L'ensemble du secteur Ouest de la lutte antituberculeuse regroupe environ, 1.138.000 habitants, desservies par les structures de la Ville d'Alger et de la Wilaya d'Alger.

Le secteur EST de la lutte antituberculeuse : Ayant pour centre de référence la Clinique de Pneumophtisiologie "B" le secteur EST draine l'autre moitié de la population de la Wilaya d'Alger, En fait une partie des malades hospitalisés en Clinique A relève du secteur Est, le sectorisation n'ayant pas été parfaitement appliquée d'emblée en 1971. Les malades du secteur EST ont à leur disposition quatre dispensaires, antituberculeux spécialisés, permettant d'assurer dépistage, diagnostic et traitement des affections tuberculeuses et non tuberculeuse.

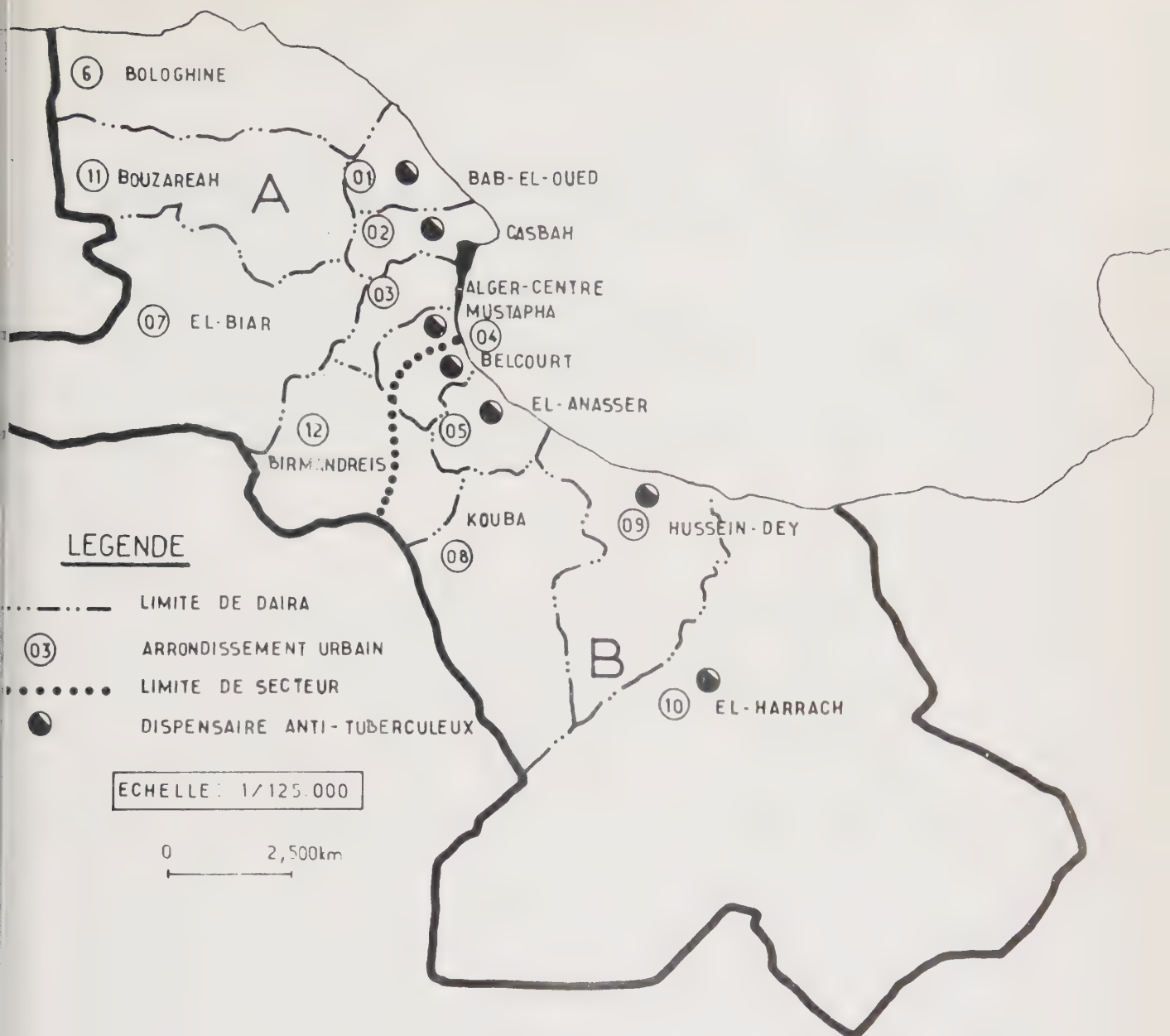
DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX	ARRONDISSEMENTS	NBRE. DE CENTRES DE SOINS NON SPECIALISES
BELCOURT (9 RUE GHINOUBE)	4	4
EL ANNASSER (RUE DU STAGE)	5	3
HUSSEIN-DEY PLACE TRIPOLI)	9.8 (KOUBA)	3
EL HARRACH (BD CLEMENCEAU)	10	13

TABEAU 2.

Secteur EST de la lutte antituberculeuse de la Ville d'Alger

Comme pour la Clinique de Pneumophtisiologie "A", à ces dispensaires antituberculeux prenant en charge les malades lors de leur sortie de l'hôpital sont rattachés des centres de santé non spécialisés de quartier. Si le sectorisation de la lutte antituberculeuse dans la Ville d'Alger et la Wilaya d'Alger semble être actuellement bien au point, il n'en est pas de même en ce qui concerne la sectorisation de la lutte antituberculeuse en Algérie.

ALGER - SECTORISATION DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE



DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX

■ SECTEUR OUEST (CLINIQUE de PNEUMO PHTISIOLOGIE - A -)

BAB-EL-OUED : 24 Rue LAZERGES , Tel : 62.07.26

CASBAH : 4 Bd HADDAD Abderrazak Tel : 62.69.28

MUSTAPHA : Place CURIE , Tel : 66.47.76

■ SECTEUR EST (CLINIQUE de PNEUMO PHTISIOLOGIE - B -)

BELCOURT : 9 Rue GHINOUBE , Tel : 66.31.07

EL-ANASSER : Centre Lucien RAYNAUD

Rue du Stade , Tel : 66.42.20

HUSSEIN-DEY : Centre de Santé, Place TRIPOLI

Tel : 77.01.73

EL-HARRACH : Avenue CLEMENCEAU

Tel : 76.48.90

Des décisions Administratives prises en 1971, ont précisé que les malades tuberculeux devaient être pris en charge et traités dans leur Wilaya d'origine. Chaque Wilaya dispose en effet, d'au moins un service hospitalier de phtisiologie et de médecins spécialistes.

Malgré cela, les défauts de sectorisation de la lutte antituberculeuse en Algérie, ainsi que les échecs des traitements mal conduite dans les autres Wilayate conduisent encore certains malades à Alger, au centre hospitalo-universitaire de Béni-Messous.

Ainsi, un certain lot de malades originaires d'autres Wilayate d'Algérie se retrouve dans le nombre des malades de l'enquête.

- (C) H A P I T R E I -

I- 2. PRESENTATION DU GROUPE DE MALADES ETUDIES
~~~~~



I. 2 - Présentation du groupe de malade étudié.

I - 1 Lieu d'Origine des malades

I - 2 - Répartition par diagnostic

I - 3 - Les cas de tuberculose pulmonaire

I - 4 - Les cas de tuberculose extra-pulmonaire

I - 5 - Le traitement hospitalier

I - 6 - Le traitement ambulatoire

I - 7 - Répartition des malades selon le régime de chimiothérapie  
dans les 2 secteurs d'Alger.



## I.2. Présentation du groupe de malades étudiés.

Notre enquête a porté sur le devenir de cinq cents (500) tuberculeux hospitalisés d'août 1971 à Mai 1972, malades recrutés de façon consécutive non sélectionnés et hospitalisés en Clinique de Pneumophtisiologie "A" pour tuberculose. On dispose pour ces 500 malades d'un recul supérieur à un an pour analyser leur devenir.

I.2.1 - Lieu d'origine des malades : il s'agit des cinq premiers malades hospitalisés depuis la mise en place de la réorganisation de la lutte antituberculeuse de la région d'Alger, d'août 1971 à Mai 1972, soit pendant 10 mois, et soumis à chiniothérapie antibacillaire sans préjuger au départ ni de leur lieu de résidence, ni de la qualité diagnostique.

En outre la majeure partie de ces malades étaient adressés par les médecins des dispensaires antituberculeux spécialisés dépendant de la Clinique "A"; certains d'entre eux provenaient cependant du secteur EST de la Wilaya d'Alger et même d'autres Wilaya d'Algérie (Tableau 3).

| SECTEUR                | NOMBRE | POURCENTAGE |
|------------------------|--------|-------------|
| Secteur Ouest<br>ALGER | 369    | 74 %        |
| Secteur Est            | 59     | 12 %        |
| Autres Wilaya<br>te    | 72     | 14 %        |

TABEAU 3 . Répartition des 500 Malades selon le secteur.



I.2.2 - Répartition par diagnostic : comme nous l'avons souligné précédemment l'enquête a porté sur des malades soumis à la chimiothérapie antibacillaire, quelle que soit la localisation, c'est à dire pulmonaire ou extra-pulmonaire.

Les cas du tuberculose pulmonaire et de primo-infection représentent 84 % des malades et les tuberculoses extra-pulmonaires 14 % (tableau 14)

| LOCALISATION DE LA TUBERCULOSE.             | NOMBRE | POURCENTAGE |
|---------------------------------------------|--------|-------------|
| Tuberculose pulmonaire                      | 416    | 83 %        |
| Primo-infection patente                     | 5      | 1 %         |
| Tuberculose extra-pulmonaire                | 69     | 14 %        |
| Tuberculose extra-pulmonaire pluri-foccale. | 10     | 2 %         |

TABLEAU 4. Répartition des 500 malades selon la nature du diagnostic.

I.2.3 - Les cas de tuberculose pulmonaire,

| SEXE           | NOMBRE | POURCENTAGE |
|----------------|--------|-------------|
| HOMMES         | 290    | 19 %        |
| FEMMES         | 123    | 30 %        |
| TOTAL DES T.P. | 146    | 100 %       |

TABLEAU 5. Répartition par sexe.

Le tableau 5 pour permet de constater que le nombre de pulmonaires hommes atteints de tuberculose pulmonaire est plus élevé que le nombre de malades femmes.



TABEAU 6 a) Répartition selon l'étendue de la lésion.

| ETENDUE DE LA LÉSION<br>SELON LA CLASSIFICATION<br>NTA* | NOMBRE | POURCENTAGE |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------|
| Tuberculose pulmonaire!<br>étendue I                    | 57     | 14 %        |
| Tuberculose pulmonaire<br>étendue II                    | 102    | 72 %        |
| Tuberculose pulmonaire<br>étendue II                    | 57     | 14 %        |

TABEAU 6 b) Répartition selon la nature de la lésion.

| NATURE DE LA LÉSION                     | NOMBRE | POURCENTAGE |
|-----------------------------------------|--------|-------------|
| Tuberculose pulmo-<br>naire excavée     | 306    | 74 %        |
| Tuberculose pulmo-<br>naire non excavée | 110    | 26 %        |

TABEAU 6 c) Répartition selon la surface de la lésion.

| SURFACE DE LA LÉSION                    | NOMBRE | POURCENTAGE |
|-----------------------------------------|--------|-------------|
| Tuberculose pulmo-<br>naire unilatérale | 67     | 16 %        |
| Tuberculose pulmo-<br>naire bilatérale  | 349    | 84 %        |

Parmi les 416 tuberculeux pulmonaires, près de 70 % sont porteurs de lésion de tuberculose d'étendue moyenne, bilatérale, excavée .  
(Tableau 6 a - b - c).

\* NTA : National Tuberculosis Association

NEW-YORK 1955,révision 1961.



La répartition des cas selon les résultats bactériologiques, (Tableau 7),

TABLEAU 7 : Répartition selon l'état bactériologique.

| ! Etat bactériologique !            | ! Nombre ! | ! Pourcentage ! |
|-------------------------------------|------------|-----------------|
| ! TP BK + (ex.direct) !             | ! 312 !    | ! 75 !          |
| ! TP BK <sup>0</sup> (ex direct ) ! | ! 83 !     | ! 20 !          |
| ! (culture ) !                      | ! 21 !     | ! 5 !           |
| ! TP BK <sup>0</sup> O !            | ! 21 !     | ! 5 !           |

montre que l'examen direct seul a suffi dans 3/4 des cas pour avoir le diagnostic - (tableau 7).



Selon la définition classique des tuberculoses extra-pulmonaires, nous distinguerons dans ce groupe :

- . Les primo-infections patentes (P.I.P.)
- . Les pleurésies
- . Autres tuberculoses extra- .

TABEAU 8 : a) Répartition par sexe.

| S E X E   | NOMBRE | POURCENTAGE |
|-----------|--------|-------------|
| HOMMES    | 45     | 54 %        |
| FEMMES    | 39     | 46 %        |
| T O T A L | 24     | 100 %       |

Pour les tuberculoses extra-pulmonaires la prédominance masculine est moins nette qu'en tuberculose pulmonaire (Tabl.8a)

TABEAU 8 : b) Répartition selon la nature de la lésion.

| Nature de la tuberculose extra respiratoire. | Nombre | Pourcentage |
|----------------------------------------------|--------|-------------|
| Pleurésies                                   | 69     | 82 %        |
| P.I.P.                                       | 5      | 6 %         |
| T.E.R. et mixtes plurifocales.               | 10     | 12 %        |
| TOTAL                                        | 84     | 100 %       |

Nous pouvons ainsi noter le fort pourcentage de pleurésies ((82%) dans les tuberculoses extra-pulmonaires. En outre parmi les les tuberculoses extra-pulmonaires et extra-respiratoires au nombre de 10, leur répartition se fait ainsi :

- Adénites : 7 dont 3 seulement prouvées par la bactériologie
- Mal de Pott : 2



TABLEAU 8 - c) Répartition selon le diagnostic

| Tuberculose Extra<br>Pulmonaire | Présumée | P R O U V E E |            |
|---------------------------------|----------|---------------|------------|
|                                 |          | Bactériologie | Histologie |
| Pleurésies                      | 62       | 1             | 6          |
| Primo-Infection<br>Patente      | 5        | -             | -          |
| T.E.P.                          | 6        | 3             | 1          |
| TOTAL                           | 73       | 4             | 7          |
| POURCENTAGE                     | 87 %     | 13 %          |            |

La preuve dans les cas des tuberculoses extra-pulmonaires, n'est faite qu'une fois sur 7 environ (tableau 8c)

#### 1.2.5. LE TRAITEMENT HOSPITALIER

Durée d'hospitalisation : Nous avons porté sur les fiches de renseignements la durée du séjour de nos malades par tranche de 45 jours, de façon à les inscrire sur les fiches perforées et nous avons obtenu les résultats suivants :

TABLEAU 9. Durée d'hospitalisation

| Nbre.de jours<br>d'hospitalisation | Nbre. de malades | POURCENTAGE |
|------------------------------------|------------------|-------------|
| 0 - 45 jours                       | 336              | 67 %        |
| 45 - 90 jours                      | 111              | 22 %        |
| Sup. - 90 jours                    | 53               | 11 %        |



Nous n'avons pas calculé la durée moyenne exacte du séjour hospitalier de nos malades, mais nous voyons que pour 67 des cas, soit 836 malades elle a été de 45 jours avec une durée de séjour augmentant avec la nature du régime suivi. En outre, il y a lieu de rappeler dans le cadre du traitement hospitalier l'existence d'un certain nombre de malades dont le devenir est connu pendant la durée d'hospitalisation même. Il en est ainsi des décédés, des évadés du service ou sortants contre avis médical et des évacués dans d'autres services.

Leur répartition se fait ainsi :

TABLEAU 10 : Devenir d'un lot de malades pendant le traitement hospitalier.

| lie | Devenir pendant le traitement hospitalier. | Nombre | Pourcentage |
|-----|--------------------------------------------|--------|-------------|
|     | Décédés dans le service                    | 25     | 5 %         |
|     | Evadés du service                          | 3      | 0,6 %       |
|     | Evacuées dans d'autres services            | 10     | 2 %         |

Donc environ 8 % des malades soit 38 malades sortent du cadre de la lutte antituberculeuse du secteur étudié.



Le traitement suivi à l'hôpital : Durant leur hospitalisation les malades ont été soumis à une chimiothérapie standard ou de 1ère ligne, comprenant l'administration quotidienne de 3 drogues: INH - SM - PAS.

Lorsque des malades recevant un régime de 1ère ligne ont eu leur traitement modifié et ont été de nouveau hospitalisés avec une médication de relais, c'est cette dernière que nous avons pris en considération pour notre étude quant à la nature du régime suivi.

TABLEAU 11 - Répartition selon la nature du régime chimiothérapie.

| REGIME            | NBRE DE CAS | POURCENTAGE |
|-------------------|-------------|-------------|
| 1ère ligne        | 416         | 83 %        |
| Régime de Réserve | 84          | 17 %        |

Plus de 83 % des malades ont reçu un régime anti-bacillaire standard ou de 1ère ligne -(tableau 11).

1.2.6. LE TRAITEMENT AMBULATOIRE ; Ala sortie du service les 500 malades se répartissent ainsi :

a) malades adressés avec fiche lettre à un dispensaire anti-tuberculeux spécialisé de la ville d'Alger (393 = 79 %)

b) malades adressés avec fiche lettre à un dispensaire anti-tuberculeux spécialisé dans d'autres wilayate (72 = 14 %).

c) malades décédés dans le service (25 = 5 %)

d) malades adressés à un autre service (10 = 2 %)



Cette modalité de sortie va influencer comme nous allons le voir dans les résultats analytiques, sur la façon dont le transfert de responsabilité thérapeutique s'est opéré entre l'hôpital et la structure de soins ambulatoires.

Modalités de sortie : Après la cure hospitalière c'est-à-dire après la négativation les malades sont confiés à des structures de soins ambulatoires : dispensaires anti-tuberculeux (D.A.T.) pour la Région d'Alger, avec leurs centres de soins rattachés à eux et hôpitaux ou dispensaires non spécialisés hors d'Alger. Pour ce faire une fiche lettre comprenant le maximum de renseignements cliniques et le traitement préconisé est confié au malade, chargé de la remettre lors de sa présentation, et une seconde fiche lettre adressée par la poste à cette même structure de soins. (Fac-similé).

-Répartition des malades selon le lieu de traitement ambulatoire :

Le lieu supposé de cure ambulatoire est celui indiqué sur la fiche lettre, c'est à-dire au dispensaire antituberculeux le plus proche du domicile déclaré du malade.

Les 500 malades de l'enquête ont été adressés aux dispensaires spécialisés de la Ville d'Alger la majorité vers les dispensaires du secteur Ouest. (Tableau 12a)

| DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX D ALGER |                            | NOMBRE | POURCENTAGE |
|--------------------------------------|----------------------------|--------|-------------|
| SECTEUR OUEST                        | Lazerges                   | 155    | 67 %        |
|                                      | Léon Bernard               | 99     |             |
|                                      | La Casbah                  | 55     |             |
|                                      | Elida                      | 18     |             |
|                                      | Boufarik                   | 07     |             |
| SECTEUR EST                          | Belcourt                   | 24     | 12 %        |
|                                      | Maison-Carrée (El-Harrach) | 19     |             |
|                                      | Hussein Dey                | 13     |             |
|                                      | Ruisseau                   | 03     |             |
| T O T A L                            |                            | 393    | 79 %        |

TABLEAU 12a - Répartition des malades selon le lieu de traitement ambulatoire.



Les 107 malades qui n'ont pas été adressés aux dispensaires antituberculeux d'Alger ont été confiés (sauf pour les décédés) à des centres de santé situés dans d'autres wilayate (Tableau 12b)

| Lieu de traitement ambulatoire                                             | Nombre | POurcentage |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|
| Autre services spécialisés d'un C.H.U. d'Alger                             | 10     | 2 %         |
| Décédés dans les services                                                  | 25     | 5 %         |
| Confiés à des secteurs sanitaires dans d'autres wilayate que celle d'ALGER | 72     | 14 %        |
| TOTAL                                                                      | 107    | 21 %        |

Tableau 12 b : Répartition des 107 malades selon le lieu de traitement ambulatoire.

La prédominance du nombre de malades en traitement ambulatoire dans la région d'Alger : 393 malades soit 79 % traduit bien l'effort net de sectorisation.

#### 1.2.7. Répartition des malades selon le régime de chimiothérapie.

Nous avons vu que la plupart des malades reçoivent un régime anti-bacillaire de première ligne. Cette constatation est retrouvée dans tous les secteurs Tableau 13 mais on doit noter l'importance numérique relativement plus grande des malades recevant un régime de réserve 2° ou 3° ligne (dans le secteur Ouest).

| Lieu de traitement ambulatoire | 1° Ligne | Régime incorrect 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> ligne | 2° ligne | 3° ligne         |
|--------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|----------|------------------|
| Secteur OUEST                  | 261      | 5                                                        | 42       | 26               |
| Secteur EST                    | 50       | 2                                                        | 6        | 1                |
| Autres wilayate                | 68       | -                                                        | 3        | Après<br>hôpital |
| Décédés/Évacués                | 31       | 4                                                        | -        | -                |

Tableau 13 - Répartition des malades selon le régime de chimiothérapie dans les différents secteurs.



II<sub>3</sub> - METHODES DE TRAVAIL.



## METHODES DE TRAVAIL :

Pour rassembler toutes les informations à propos de chacun de nos cinq cents malades, nous avons rempli une fiche de renseignements individuelle pour chacun d'entre eux : (Fac-similé). Ces fiches ont été remplies grâce aux informations contenues dans les dossiers des dispensaires anti-tuberculeux pour les malades de la région d'Alger; et à une enquête personnelle le cas échéant notamment en cas de contrôle médical ou bactériologique non fait.

Les fiches de malades sont d'abord reportées avec tous les renseignements contenues dans les dossiers hospitaliers puis complétés quant à leur devenir par les renseignements collectés dans les dispensaires des deux secteurs.

En cas d'évacuation, il a été procédé de la même manière en se basant sur les dossiers de leur nouvelle où ils auraient dû être adressés à leur sortie.

Quant aux malades habitants les autres wilayate d'Algérie, il a été adressé au médecin de santé publique auquel les malades ont été confiés, une lettre demandant de préciser notamment le devenir bactériologique du malade ou la prise en charge éventuelle par un autre secteur (fac-similé). Nous avons adressé, pour certains malades plusieurs lettres (2 à 3) soit à l'hôpital, soit dans un autre centre de soins, le cas échéant dans une Wilaya autre lieu de travail par exemple en cas de changement de domicile.

Ainsi pour 72 malades, 81 fiches de renseignements ont été envoyées par la poste aux médecins traitants : nous avons reçu 40 réponses, ne précisant pas pour autant dans tous les cas le devenir bactériologique, mais d'autres informations, à savoir par exemple son devenir, son abondance ou autre.



| W I L A Y A | Nbre de lettres adres-<br>sées. | Nbre de réponses |
|-------------|---------------------------------|------------------|
| ANNABA      | 8                               | 5                |
| BATNA       | 8                               | 1                |
| CONSTANTINE | 10                              | 5                |
| OASIS       | 3                               | 1                |
| ORAN        | 8                               | 2                |
| SAIDA       | 4                               | 2                |
| SETIF       | 13                              | 6                |
| TITTERI     | 15                              | 11               |
| TIZI OUZOU  | 12                              | 7                |
| T O T A L   | 81                              | 40               |

TABLEAU 14 - Résultats des : lettres adressées  
dans les autres Wilayate.

Tous ces dossiers ont permis de compléter les  
fiches de l'enquête et de reporter l'ensemble des renseignements  
sur des fiches perforées en vue du dépouillement analytique.



C H A P I T R E II  
=====

R E S U L T A T S

II.1. - RESULTATS GENERAUX

II.2. - RESULTATS ANALYTIQUES



I I . 1 .      R E S U L T A T S   G E N E R A U X

II.1.1. : Données générales

II.1.2. : Définition et résultats

II.1.3. : Répartition dans les quatre groupes



# II.1. RESULTS GENERAUX :

## II.1.1. : DONNEES GENERALES :

Les 500 malades ont été recrutés sans sélection, de façon consécutive, comme les 500 premiers malades hospitalisés pour lesquels une chimiothérapie antibacillaire a été prescrite. De ce fait, pour apprécier les résultats au 12ème mois, il a été nécessaire d'adopter des critères de jugement.

## II.1.2. : DEFINITION DES RESULTATS :

. L'Evolution favorable : La définition de l'évolution favorable est différente selon la localisation considérée, ainsi :

- pour les cas de tuberculose pulmonaire BK+ = 2 cultures négatives au moins au 12ème mois,
- pour les cas non prouvés bactériologiquement : radiologie normale,
- pour les primo-infections patentées, nous avons retenu la disparition au douzième (12ème) mois de traitement des adénopathies médiastinales avec retour à la normale de l'image pulmonaire en image séquellaire,
- pour les pleurésies, le critère de guérison retenu est l'assèchement total et durable de l'épanchement avec image thoracique normale,
- pour les tuberculeux extra pulmonaires, extra respiratoires et pluri focales : cicatrisation clinique et (ou) radiologique des foyers.

. L'Echec thérapeutique ou évolution défavorable : A été défini comme toute reprise évolutive des symptômes cliniques et/ou radiologiques et bactériologiques avec (ou) sans détérioration survenant dans les douze mois qui ont suivi le diagnostic et la mise en traitement.

. Le décès : Nous avons regroupé dans ce lot tous les malades décédés dans le service et décédés après leur sortie, au cours du traitement ambulatoire.

. Les malades perdus de vue : Nous avons considéré, et inclus dans ce groupe, tous les malades suivants :

- malades qui ne se sont pas présentés du tout au lieu prévu pour leur traitement ambulatoire, à leur sortie de l'hôpital,
- malades sortis spontanément de l'hôpital et n'ayant pas cherché à poursuivre leur traitement dans le dispensaire de leur lieu de résidence,
- malades qui, ayant commencé leur traitement ambulatoire, l'ont abandonné plus d'un mois malgré des convocations réitérées et même, pour ceux d'Alger, les visites à domicile.



### II.1.3. : REPARTITION DANS LES QUATRE GROUPES :

En fonction de ces critères de jugement, les malades ont été répartis selon leur devenir douze mois après le diagnostic et le début de la chimiothérapie :

- 1 - les décédés,
- 2 - les cas d'évolution défavorable : échecs,
- 3 - les cas d'évolution favorable,
- 4 - les "perdus de vue".

Tableau 15 : Répartition des malades dans les quatre groupes

| Devenir au 12ème Mois     | Nbre de malades | %     | ± |
|---------------------------|-----------------|-------|---|
| Décédés .....             | 39              | 8 %   | : |
| Evolution défavorable ... | 39              | 8 %   | : |
| Evolution favorable ..... | 226             | 57 %  | : |
| Perdus de vue .....       | 136             | 27 %  | : |
|                           | -----           | ----- | : |
| - T O T A L .....         | 500             | 100 % | : |



## II. 2. R E S U L T A T S   A N A L Y T I Q U E S

### II. 2. 1. : RESULTAT ANALYTIQUES POUR CHAQUE GROUPE DE MALADE :

- II.2.1.1. : Les malades décédés,
- II.2.1.2. : Les résultats théoriques de la chimiothérapie,
- II.2.1.3. : Les résultats réels de la chimiothérapie;
- II.2.1.4. : Analyse des malades "perdus de vue".

### II. 2.2. : RESULTATS ANALYTIQUES SELON LA LOCALISATION DE LA MALADIE ET LA QUALITE DU DIAGNOSTIC, LE REGIME ET LE LIEU DE TRAITEMENT:

- II.2.2.1. : Selon la localisation de la maladie,
- II.2.2.2. : Selon la qualité du diagnostic pour les tuberculoses pulmonaires,
- II.2.2.3. : Selon la qualité du diagnostic pour les tuberculoses extra-pulmonaires,
- II.2.2.4. : Selon le régime de chimiothérapie,
- II.2.2.5. : Selon le lieu de traitement.

-----

/)/ous présenterons successivement :

- l'étude analytique de chacun des groupes de malades selon leur devenir au douzième mois,

- le devenir des malades selon la localisation de la maladie et la qualité du diagnostic, selon le régime de chimiothérapie suivi et selon le lieu de traitement ambulatoire.

### II.2.1. : RESULTATS ANALYTIQUES POUR CHAQUE GROUPE DE MALADES :

II.2.1.1. : Les malades décédés ; 25 malades sont décédés dans le service ; 14 malades sont morts au cours du traitement ambulatoire. Ces 39 malades représentent 8 % de l'ensemble (tableau 16).

Que ce soit à l'hôpital ou en cours de traitement ambulatoire, c'est la tuberculose qui est la cause de décès la plus fréquente.

/.....



|                                  | DECEDES A L'HOPITAL |       | DECEDES EN COURS DE     |        |
|----------------------------------|---------------------|-------|-------------------------|--------|
|                                  |                     |       | TRAITEMENT AMBULATOIRE: |        |
|                                  | Nombre              | %     | Nombre                  | %      |
| Affection non tuberculeuse ..... | 3                   | 10 %  | 2                       | 14,5 % |
| Cause non précisée .....         | 3                   | 10 %  | 2                       | 14,5 % |
| Tuberculose .....                | 19                  | 60 %  | 10                      | 71 %   |
| - T O T A L .....                | 25                  | 100 % | 14                      | 100 %  |

Il y a lieu de signaler, en outre, un facteur primordial dans la cause du décès de nos malades : 67 % des malades décédés de tuberculose sont des malades déjà traités, et, de ce fait, avaient reçu des drogues antibacillaires (Tableau 17).

TABLEAU I7 :

| CAUSE DE DECES :                 | Nbre | Déjà traités | %    | Jamais traités | %    |
|----------------------------------|------|--------------|------|----------------|------|
| Affection non tuberculeuse ..... | 5    | 2            | 40 % | 3              | 60 % |
| Cause non précisée ...           | 5    | 1            | 20 % | 4              | 80 % |
| Tuberculose .....                | 29   | 17           | 57 % | 12             | 23 % |
| - T O T A L .....                | 39   | 20           | 51 % | 19             | 49 % |

- TABLEAU I7 : Antécédents des malades décédés selon la cause.

Ainsi, plus de la moitié des malades (51 %) décédés étaient déjà traités pour tuberculose, prouvant ainsi l'échec du traitement entrepris avant la réorganisation de la lutte anti-tuberculeuse d'une part, et l'échec du dépistage d'autre part.

#### II.2.1.2. : LES RESULTATS THEORIQUES DE LA CHIMIO-THERAPIE :

On peut analyser les résultats théoriques de la chimiothérapie en ne regroupant que les 325 malades qui ont reçu 12 mois de chimiothérapie et qui peuvent être classés comme des cas à évolution favorable ou à évolution défavorable.

(Voir page suivante tableau 18).



TABIEAU 18 : Résultats théoriques de la chimiothérapie

|                             |          |         |   |
|-----------------------------|----------|---------|---|
| =====                       |          |         |   |
| : Résultats au 12ème mois : | Nombre : | % :     | : |
| : de traitement :           | :        | :       | : |
| -----                       |          |         |   |
| : Succès .....              | 286 :    | 88 % :  | : |
| : Echecs ... ..             | 39 :     | 12 % :  | : |
| -----                       |          |         |   |
| : - T O T A L .....         | 325 :    | 100 % : | : |
| =====                       |          |         |   |

Ainsi, les succès "théoriques" de la chimiothérapie dans notre série, atteignent près de 90 %.

#### II.2.1.3. : LES RESULTATS REELS DE LA CHIMIOOTHERAPIE

Sur le total de cinq cent (500) malades, 25 sont décédés dans le service, et deux (2) dans d'autres services hospitaliers. Si l'on exclut donc ces 27 malades décédés au cours de leur hospitalisation, 473 ont été confiés avec une fiche lettre à des unités de soins ou à d'autres services.

Et sur cet ensemble, nous enregistrons 136 malades perdus de vue (tableau 19).

TABIEAU 19 : Résultats réels de la chimiothérapie :

|                               |                  |      |         |
|-------------------------------|------------------|------|---------|
| =====                         |                  |      |         |
| : Total des ma- :             | Malades perdus : |      |         |
| : lades confiés :             | de vue :         |      |         |
| : Malades confiés :           |                  |      |         |
| -----                         |                  |      |         |
| : :                           | Nombre :         | % :  | :       |
| -----                         |                  |      |         |
| : Aux dispensaires d'Alger/ : | :                | :    | :       |
| : - ensemble .....            | 428 :            | 76 : | 45 % :  |
| : - Secteur Ouest .....       | 369 :            | 60 : | 18 % :  |
| : - Secteur Est .....         | 59 :             | 16 : | 27 % :  |
| -----                         |                  |      |         |
| : A d'autres services hos- :  | :                | :    | :       |
| : pitaliers .....             | 8 :              | 8 :  | 100 % : |
| -----                         |                  |      |         |
| : Aux dispensaires d'autres : | :                | :    | :       |
| : Wilayate .....              | 64 :             | 52 : | 82 % :  |
| -----                         |                  |      |         |
| =====                         |                  |      |         |

Le tableau 19 permet de préciser que les malades ont moins de chances d'être "perdus de vue" lorsqu'ils sont traités par les structures de lutte anti-tuberculeuse d'Alger qu'ailleurs, notamment dans les autres wilayate d'Algérie, et spécialement dans le secteur Ouest.

Pour mieux apprécier le moment où survient cette "disparition" des malades, nous n'avons retenu que les malades adressés



## II.2.1.4. : ANALYSE DES MALADES "PERDUS DE VUE"

Après avoir situé l'endroit, il y a lieu, en effet, de situer le moment de la "disparition" de ces malades, de façon à resserrer l'état et de mieux apprécier l'effort à fournir. Ainsi, en répartissant les malades selon la date de la "disparition", nous distinguerons les perdus de vue :

- a) dès la sortie de l'hôpital,
- b) avant la fin du 1er semestre de traitement,
- c) au cours du 2ème semestre.

**TABLEAU 20 : Date de disparition des malades des deux secteurs d'Alger Ouest et Est :**

| Date de la disparition                           | Sect. Ouest | Sect. Est | TOTAL | %    |
|--------------------------------------------------|-------------|-----------|-------|------|
| Dès la sortie de l'hôpital                       | 31          | 9         | 40    | 53 % |
| Avant la fin du 1er semestre de traitement ..... | 15          | 4         | 19    | 25 % |
| Au cours du 2ème semestre.                       | 14          | 3         | 17    | 22 % |

On constate que (tableau 20) plus de la moitié (53 %) des malades "perdus de vue" le sont dès leur sortie de l'hôpital et que au total 78 % sont perdus de vue avant la fin du premier semestre de traitement.

En outre, au vu de ce tableau, il ne semble pas exister de différence significative selon les secteurs considérés. Une étude par dispensaire spécialisé de chacun des deux secteurs nous le prouvera.

**TABLEAU 21 : Répartition des perdus de vue dans les dispensaires antituberculeux spécialisés du secteur Ouest :**

| DISPENSAIRES           | Nombre de Malades | Dès sortie Hôpital | Au cours 1 <sup>er</sup> Semes. | Au cours 2 <sup>e</sup> Semes. | TOTAL | %    |
|------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------|------|
| <u>SECTEUR OUEST</u>   |                   |                    |                                 |                                |       |      |
| <u>ALGER VILLE</u>     |                   |                    |                                 |                                |       |      |
| BAB-EL-OUED (Lazerges) | 155               | 14                 | 7                               | 6                              | 27    | 17 % |
| MUSTAPHA (L. Bernard)  | 99                | 10                 | 4                               | 4                              | 18    | 19 % |
| CASBAH (Verdun) ..     | 55                | 5                  | 3                               | 4                              | 12    | 81 % |
| <u>HORS D'ALGER</u>    |                   |                    |                                 |                                |       |      |
| Blida .....            | 18                | 1                  | 1                               | -                              | 2     | 11 % |
| Boufarik .....         | 7                 | 1                  | -                               | -                              | 1     | 14 % |
| - TOTAL .....          | 334               | 31                 | 15                              | 14                             | 60    | 18 % |



Il y a lieu d'expliciter ce tableau en signalant que chaque fois nous avons fait des recherches pour chacun de ces malades. C'est ainsi que nous avons pu faire les constatations suivantes :

- Pour les 31 perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital, 28 d'entre eux ne se sont pas présentés du tout au dispensaire auquel ils ont été confiés initialement et que pour les 3 autres, les recherches ont permis de les retrouver soit dans d'autres unités de soins des autres wilayate, soit en cabinet privé ; c'est ce que nous avons appelé "transfert" ;

- Pour les 15 perdus de vue du premier semestre 12 d'entre eux ont changé de lieu de traitement (transfert) sans pour autant connaître leur devenir bactériologique, et 3 dans d'autres wilayate ;

- Les 14 perdus de vue du 2ème semestre sont des perdus de vue non retrouvés.

Ainsi "perdus de vue", transférés, malades ne s'étant pas présentés au lieu de traitement ou malades dans d'autres wilayate, ils constituent tous de "vrais perdus de vue" leur devenir bactériologique au douzième mois nous étant inconnu.

TABLÉAU 22 : Répartition des perdus de vue dans les dispensaires antituberculeux spécialisés du secteur Est :

| : DISPENSAIRES<br>DU<br>SECTEUR EST | : Nombre :<br>: Malades :<br>: Confiés : | P E R D U S D E V U E |            |         |           |         | : TOTAL : | : % : |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|------------|---------|-----------|---------|-----------|-------|
|                                     |                                          | : Dès sor :           | Au cours   |         | : TOTAL : | : % :   |           |       |
|                                     |                                          |                       | tie hôpit. | 1° Sem. |           |         |           |       |
| : BELCOURT .....                    | : 24                                     | : 2                   | : 1        | : 2     | : 5       | : 21%   |           |       |
| : HUSSEIN-DEY .....                 | : 13                                     | : -                   | : 1        | : -     | : 1       | : 7 % : |           |       |
| : RUISSEAU .....                    | : 3                                      | : 1                   | : -        | : -     | : 1       | : 33%   |           |       |
| : EL-HARRACH .....                  | : 19                                     | : 6                   | : 2        | : 1     | : 9       | : 47% : |           |       |
| : - T O T A L .....                 | : 59                                     | : 9                   | : 4        | : 3     | : 16      | : 27% : |           |       |

Il en est de même pour les malades perdus de vue du secteur Est :

- les 9 malades perdus dès leur sortie de l'hôpital ne sont pas présentés du tout au dispensaire,

- Pour les 4 malades perdus de vue au 1er semestre de traitement, 2 d'entre eux sont des "transférés", et 2 autres constituent des perdus de vue non retrouvés ;

- Quant aux trois derniers du 2ème semestre, deux ont été retrouvés en cabinet privé (transféré), et 1 perdu de vue non retrouvé.

Nous pouvons, au vu de ces deux tableaux faire plusieurs réserves quant à l'état bactériologique des perdus de vue, sachant que certains d'entre eux pourraient fort bien poursuivre correctement un traitement antibacillaire ; mais sortis de notre secteur



de lutte antituberculeux d'une part, c'est-à-dire "transférés" ne s'étant pas présentés et non retrouvés, ils constituent tous de "vrais perdus de vue".

## II.2.2. : RESULTATS ANALYTIQUES SELON LA LOCALISATION DE LA MALADIE & LA QUALITE DU DIAGNOSTIC, LE REGIME & LE LIEU DE TRAITEMENT :

### II.2.2.1. : Selon la localisation de la maladie :

On a regroupé dans ce cas, et selon la définition déjà donnée au chapitre I, les tuberculoses pulmonaires et les tuberculoses extra-pulmonaires, en y distinguant :

- les tuberculoses pulmonaires et les primo-infections patentées, (TP)
- les tuberculoses extra-pulmonaires et les tuberculoses extra-pulmonaires plurifocales (TEP).

TABLEAU 23 : Répartition selon la localisation!

| D E V E N I R                    | T P  |       | T E P |       | TOTAL | %     |
|----------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                  | Nbre | %     | Nbre  | %     |       |       |
|                                  | Cas  | %     | Cas   | %     |       |       |
| Décédés .....                    | 32   | 8 %   | 7     | 8 %   | 39    | 8 %   |
| Evolution défavo-<br>rable ..... | 37   | 9 %   | 2     | 2 %   | 39    | 8 %   |
| Evolution favorable              | 225  | 54 %  | 61    | 78 %  | 286   | 57 %  |
| Perdus de vue ...                | 122  | 29 %  | 14    | 15 %  | 136   | 27 %  |
| - T O T A L .....                | 416  | 100 % | 84    | 100 % | 500   | 100 % |

Le tableau 23 reflète bien la différence significative entre les tuberculoses pulmonaires et les tuberculoses extra-pulmonaires, et ce en faveur de ces dernières : ainsi : 78 % d'évolution favorable pour les TEP contre 54 % pour les TP.

Quant au taux élevé de "perdus de vue" parmi les TEP, (15 %), l'enquête a permis de faire la remarque suivante : plus de la moitié des tuberculoses extra-pulmonaires "perdus de vue" l'étaient pour cause de "transfert", en l'occurrence les pleurésies "transférées en cabinet privé" ; donc hors secteur de santé public et de ce fait "perdus de vue".

### II.2.2.2. : Selon la qualité du diagnostic pour les tuberculoses Pulmonaires :

Pour l'étude du devenir des tuberculoses pulmonaires selon la qualité du diagnostic, on a considéré 3 catégories :



- Tuberculoses pulmonaires prouvées par l'examen direct des crachats (LN+),
- Tuberculoses pulmonaires prouvées par la culture seulement (cult.+),
- Tuberculoses pulmonaires très probables mais non prouvées bactériologiquement (TP BKo)

TABLEAU 24 : Répartition selon la qualité du diagnostic

| DEVENIR           | T.P.L.N.+ |       | T.P.Cult. + |      | T.P.B.K.o |      | TOTAL |      |
|-------------------|-----------|-------|-------------|------|-----------|------|-------|------|
|                   | Nbre      | %     | Nbre        | %    | Nbre      | %    | Nbre  | %    |
| Décédés .....     | 21        | 7 %   | 11          | 13%  | -         | -    | 32    | 7 %  |
| Evol.défavorable: | 33        | 10 %  | 4           | 5%   | -         | -    | 37    | 8 %  |
| Evolut.favorable: | 167       | 54 %  | 43          | 52%  | 15        | 71%  | 225   | 54 % |
| Perdus de vue ..  | 91        | 29 %  | 25          | 30%  | 6         | 29%  | 122   | 31 % |
| T O T A L .....   | 312       | 100 % | 83          | 100% | 21        | 100% | 416   | 100% |

Ainsi il en ressort qu'il n'existe pas de différence significative quant au devenir bactériologique des malades, selon la qualité du diagnostic fait initialement ; autrement dit, l'examen direct des crachats suffit à lui seul : la culture n'influe en rien sur le devenir des malades.

#### II.2.2.3. : Selon la qualité du diagnostic pour les tuberculoses Extra pulmonaires (TEP)

Reprennant la définition initiale des tuberculoses extra pulmonaires, nous avons distingué dans ce cas :

- les pleurésies,
- les tuberculoses extra respiratoires et mixtes,

n'ayant pas jugé utile d'y distinguer les primo infections au nombre de 5 et toutes à évolution favorable.

Tableau 25 (Voir page suivante).



TABIEAU 25 : Répartition selon la qualité du diagnostic (T.E.P)

| D E V E N I R           | : PLEURESIES: TUBERCULOSES EXTRA |      | : T O T A L: |           |
|-------------------------|----------------------------------|------|--------------|-----------|
|                         | :-----: RESPIRAT. & MIXTES       |      | :-----:      |           |
|                         | Nbre                             | %    | Nombre       | Pourcent. |
| Décédés .....           | 5                                | 7%   | 2            | 20 %      |
| Evolution défavorable I | 3                                | 3%   | 1            | 10 %      |
| Evolution favorable 5I  | 73                               | 73%  | 5            | 50 %      |
| Perdus de vue .....     | 12                               | 17%  | 2            | 20 %      |
| T O T A L .....         | 69                               | 100% | 10           | 100 %     |

De ce tableau, il en ressort que là encore la qualité du diagnostic n'influe point sur le devenir. Il faut, cependant, signaler que dans les 5 cas de décès de pleurésie :

- 3 d'entre eux étaient des adultes vieux (grabataires, D.T.),
- 1 décédé le jour même de son entrée, seule la pleurésie était viable radiologiquement,
- 1 pleurésie associée à une maladie de système et qui décéda dans la nuit avant d'être évacué.

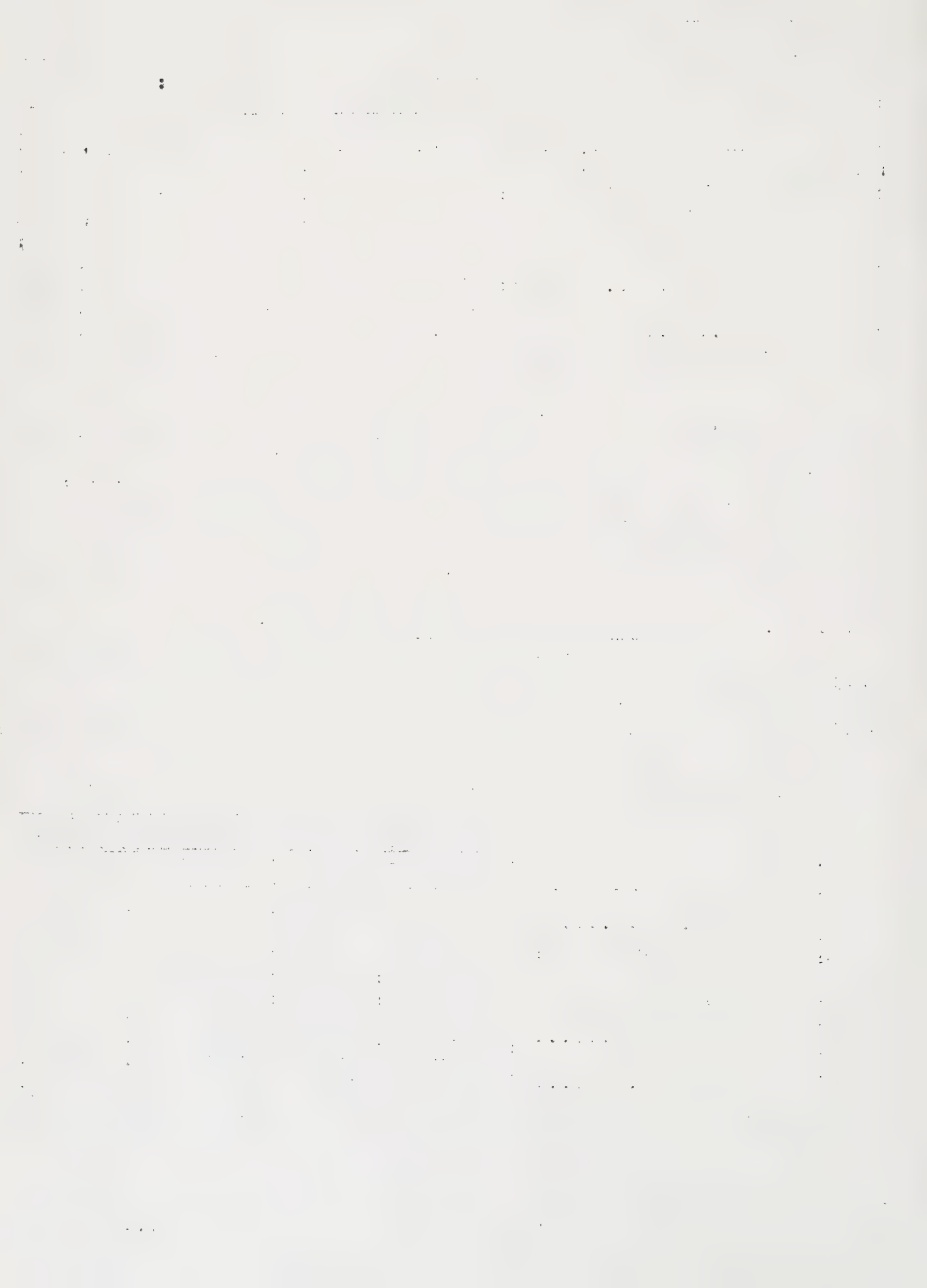
#### II.2.2.4. : Selon le régime de chimiothérapie :

La répartition des malades selon la nature du régime anti-bacillaire suivi nous a donné (chapitre I tableau II), les résultats suivants :

- 416 malades soumis à un régime de 1ère ligne dit standard (83 %),
- 84 malades soumis à un régime de réserve (17 %).

TABIEAU 26 : Devenir selon le régime de chimiothérapie

| D E V E N I R         | : 1ère LIGNE |       | : REGIME DE RESERVE: |       |
|-----------------------|--------------|-------|----------------------|-------|
|                       | Nombre       | %     | Nombre               | %     |
| Décédés .....         | 35           | 8 %   | 4                    | 4 %   |
| Evolution défavorable | 30           | 7 %   | 9                    | 11 %  |
| Evolution favorable   | 229          | 55 %  | 57                   | 68 %  |
| Perdus de vue .....   | 122          | 30 %  | 14                   | 17 %  |
| - T O T A L .....     | 416          | 100 % | 84                   | 100 % |



10

L'on constate, au vu de ce tableau, une certaine prédominance du lot de malades à évolution favorable quand un régime de réserve était prescrit : 68 % par les régimes de réserves contre 55 % pour ceux de première ligne constituant ainsi une différence significative ; mais il y a lieu de souligner tout d'abord la prédominance du régime de 1ère ligne (tableau 11 83%), et d'autre part, le pourcentage demeurant élevé des "perdus de vue" des régimes de réserve (17 %).

#### II.2.2.5 : Selon le lieu de traitement :

En effet, nous avons jugé utile de présenter dans notre travail le devenir des malades selon leur lieu de traitement ambulatoire, ceci afin de mieux faire ressortir l'effort de sectorisation entrepris depuis le début de notre enquête d'une part, et de mieux apprécier l'efficacité des différentes structures de soins d'autre part.



Tableau 27 : Devenir des malades selon leur lieu de traitement :

| Devenir               | Secteur OUEST |       | Secteur EST |       | Evacués dans d'autres Sces. |      | Autres Wilayates |      |
|-----------------------|---------------|-------|-------------|-------|-----------------------------|------|------------------|------|
|                       | Nbre          | %     | Nbre        | %     |                             |      | Nbre             | %    |
| Décédés               | 10            | 3 %   | -           | %     | 2                           | 20%  | 2                | 5%   |
| Evolution défavorable | 32            | 10 %  | 6           | 10 %  | -                           | -    | 1                | 1%   |
| Evolution favorable   | 232           | 70 %  | 37          | 62 %  | -                           | -    | 17               | 24%  |
| Perdus de Vue         | 60            | 17 %  | 16          | 27 %  | 8                           | 80%  | 52               | 72%  |
| <u>TOTAL</u>          | 334           | 100 % | 60          | 100 % | 10                          | 100% | 72               | 100% |

Il ne semble donc pas exister une différence entre les 2 secteurs OUEST et EST quant au devenir des malades : 70 % d'évolution favorable pour le secteur OUEST contre 62 % pour le Secteur EST avec un nombre de malades plus restreint dans ce dernier.

Cette différence est elle due à une répartition différente des tuberculoses pulmonaires et des tuberculoses extra-pulmonaires, ou de régime selon le secteur ?

.....



Le tableau 27 y répond en montrant que les malades sont mieux suivis dans le secteur OUEST, quelque soit le diagnostic et le régime suivi, il met ainsi en exergue la nécessité d'augmenter même à ALGER l'effort de sectorisation déjà entrepris, et la coordination entre les différents secteurs.



### // CHAPITRE III

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

### // COMMENTAIRES

-----

- III. 1 - Comparaison avec les résultats d'autres enquêtes
- III. 2 - Evaluation de l'efficacité après la réorganisation de la  
Lutte **Anti**-Tuberculeuse à Alger
- III. 3 - Comment réduire le nombre des malades "perdus de vue".



### III. 1 - COMPARAISON AVEC LES RESULTATS D'AUTRES ENQUETES

III. 1 . 1 - Les malades à évolution favorable

III. 1 . 2 - Les malades "perdus de vue"

III. 1 . 3 - Les malades à évolution défavorable

III. 1 . 4 - Les malades décédés.



Les résultats présentés nous permettent d'une part une comparaison avec d'autres enquêtes, et d'autre part de tenter d'évaluer l'efficacité technique et organisationnelle surtout de la réorganisation de 1971 à Alger dans la lutte anti-tuberculeuse.

### III. 1 - Comparaison de l'enquête présentée avec les résultats des principales enquêtes réalisées en Algérie

Plusieurs enquêtes similaires en Algérie et dans le monde ont été menées. Le devenir des malades un an après le diagnostic et le début du traitement a permis de les classer en quatre groupes :

- Malades à évolution favorable
- Malades perdus de vue
- Malades à évolution défavorable
- Malades décédés.

III. 1. 1 - Les malades à évolution favorable : Ce lot de malades reflète "l'efficacité technique" des structures de santé publique chargées de la lutte anti-tuberculeuse. Son importance permet de mesurer l'impact de la chimiothérapie sur le "réservoir de germe" existant dans la collectivité. En comparaison avec les enquêtes réalisées en Algérie, il y a lieu de signaler une certaine amélioration.

- CHAULET et Collaborateurs en 1969 relèvent un taux de succès de 56 %.

- CHEIKH EL GHANAMI rapporte un taux de 52 % de négativation.

- Au KENYA une enquête effectuée en 1969 portant sur 1154 malades révèle un taux de malades négativés au 12ème mois de 56 %

- A Singapour, sur une enquête portant sur 1064 malades est effectuée en 1972, l'on rapporte un taux autrement plus important 88 %

- Dans notre enquête, un taux légèrement supérieur à ceux des années précédentes en Algérie (57 %) est retrouvé.

III. 1. 2 - Les malades perdus de vue : Le nombre de malades perdus de vue traduit l'efficacité réelle d'une organisation de lutte anti-tuberculeuse et spécialement de la chimiothérapie collective.

Dans toutes les enquêtes, le nombre de malades perdus de vue est supérieur à celui des décès ou des malades bacillifères. 5



C'est pourquoi ce taux de malades constitue "l'échec" le plus grave et le plus important de la chimiothérapie antibacillaires, puisque ce sont les malades insuffisamment traités qui sont responsables en partie de l'entretien de la maladie dans les collectivités, et surtout de la diffusion des germes résistants.

Le nombre de malades perdus de vue dans les différentes enquêtes menées en Algérie est élevé : en outre, ces malades sont perdus de vue le plus souvent dès la sortie de l'hôpital, avant même le début du traitement.

En effet, dans l'enquête de LEVI-VALENSI (1954) 52 % des malades étaient perdus de vue ; un taux de 41 % de perdus de vue a été trouvé par MOKHTARI en 1964.

CHAULET et Collaborateurs en 1969 font mention d'un taux de perdus de vue de 28,4 % à la fin de 2ème année de traitement.

Dans l'enquête nationale, CHEIKH rapporte un taux de 33,4 % de cas.

Au KENYA, l'enquête portant sur le devenir de 1154 malades en 1969 révèle un taux de 9 % de perdus de vue.

A Singapour, l'enquête portant sur 1604 malades effectuée en 1972 rapporte un taux de perdus de vue de 2 %, autrement dit illustré d'une part l'efficacité du réseau de traitement, et suppose d'autre part l'organisation parfaite du réseau.

Dans notre enquête, le chiffre de 27 % de perdus de vue à un an est retrouvé, témoignant d'une faible régression du taux de perdus de vue en Algérie dans ses dernières années.

III. 1. 3 - Les malades à évolution défavorable : Dans toutes les enquêtes précédentes le taux de malades à évolution défavorable un an après le début du traitement est noté : à cet égard notons qu'il ne semble guère s'améliorer, oscillant autour de 8 à 10 %. Ces "échecs" sont souvent rapportés à des causes organisationnelles plutôt qu'à un échec thérapeutique vrai.

CHAULET et Collaborateurs, après 2 ans d'observation trouvent 19 malades bacillifères, soit 4 %.

ASSELAH relève 19 échecs soit 8,1 % à un an

MASCRET dans une enquête rétrospective, portant sur le devenir de 800 malades tuberculeux pulmonaires dépistés à Sidi-Bel-Abbès de 1963 à 1968 fait mention de 107 malades non guéris au 24ème mois soit 13 %

CHEIKH rapporte un taux brut d'échecs de 7,1 %



Dans une enquête menée à Singapour en 1972, sur le devenir de 1604 cas de tuberculose, l'on retrouve un taux de 5 % de malades à évolution défavorable.

Dans nos résultats à un an, l'on retrouve un taux de 8 %.

III. 1. 4 - Les malades décédés : Dans les enquêtes faites en Algérie, le nombre de décès est toujours demeuré à un niveau assez élevé, la tuberculose restant la cause primordiale des décès . En effet,

\* CHAULET et Collaborateurs en 1969 dans une enquête retrospective portant sur le devenir de 455 malades incluant les 235 malades de la thèse d'ASSELAH hospitalisés en 1966 1967 au Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger, notent 53 décès soit 11,6 % des cas étudiés.

ASSELAH dans sa thèse trouve au 12ème mois un taux de mortalité de 8,9 % avec un taux augmentant à 11 % au bout de la deuxième année.

CHEIKH colligeant les résultats d'une enquête nationale menée en 1970 - 1971 en Algérie, rapporte 66 décès à un an sur un total de 1079 cas étudiés dans plusieurs centres en Algérie soit un taux de décès de 6%.

Dans notre enquête nous retrouvons aussi un taux équivalent et demeurant assez élevé : 8 %.



|                                          |                                           |                                               |                                             |                                                |                                                        |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ENQUETE                                  | MOHTARI<br>C.H.U.<br>Beni-Messous<br>1964 | CHAULET & Coll.<br>C.H.U.<br>Mustapha<br>1969 | EL HAFYAN<br>C.H.U.<br>Beni Messous<br>1971 | CHEIKH<br>Enquête<br>Nationale<br>Algérie 1971 | NOTRE ENQUETE<br>C.H.U.<br>Beni Messous<br>1972 - 1973 |
| Nombre de<br>Malades                     | 80                                        | 455                                           | 100                                         | 1079                                           | 500                                                    |
| Durée de l'Enquête<br>Devenir jugé à.... | 2 ans                                     | 2 ans                                         | 1 an                                        | 1 an                                           | 1 an                                                   |
| DECEDES                                  | -                                         | 11,6%                                         | 3 %                                         | 6 %                                            | 8 %                                                    |
| Evolution<br>Défavorable                 | -                                         | 4 %                                           | 7 %                                         | 7 %                                            | 8 %                                                    |
| Evolution<br>Favorable                   | 41 %                                      | 56 %                                          | 64 %                                        | 52 %                                           | 57 %                                                   |
| Perdus de<br>Vue                         | 41 %                                      | 29 %                                          | 24 %                                        | 33 %                                           | 27 %                                                   |



III. 2 - Evaluation de l'efficacité après la réorganisation  
de la lutte anti-tuberculeuse à Alger.



Notre enquête était inspirée par un souci majeur, apprécier l'efficacité de la lutte antituberculeuse après la réorganisation de cette dernière.

En effet si l'efficacité théorique dans notre enquête, reflétée par un taux de succès de près de 90 %, semble primer au premier abord, nous n'oublierons pas qu'elle n'offre que peu d'importance actuellement dans l'évaluation de l'efficacité de l'organisation du traitement. Seule l'analyse des malades "perdus de vue" reflètera l'efficacité pratique, facteur important pour juger de l'efficacité de la réorganisation de la lutte antituberculeuse. A cet égard 3 Remarques importantes sont à faire.

III. 2. 1 - Avant la réorganisation, une seule enquête significative portant sur le devenir de 455 malades tuberculeux, de l'hôpital Mustapha a donné les résultats suivants quant au "perdus de vue".

Tableau: 29 Taux de perdus de vue selon lieu de traitement  
(CHAULET et Collaborateurs 1970).

| Lieu de traitement<br>ambulatoire | Perdus de vue<br>Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------------------|
| D.A.T. Mustapha                   | 20 %                         |
| Autres D.A.T d'Alger              | 48 %                         |
| Wilaya d'Alger                    | 42 %                         |
| Autres Wilayate                   | 72 %                         |

Ainsi le taux de malades perdus de vue avant la réorganisation nous servira pour une étude comparative avec les résultats de notre enquête.

III. 2. 2 - Depuis la réorganisation qui situe d'ailleurs le début de notre enquête, nous avons obtenu les résultats suivants :

TABLEAU: 30 Résultats globaux : Taux de "perdus de vue" dans notre enquête  
(1971 - 1972)

| Lieu de traitement<br>Ambulatoire | Perdus de vue<br>Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------------------|
| D.A.T. d'Alger                    | 20 %                         |
| Autres Wilayate                   | 72 %                         |

Il en ressort de ces 2 Tableaux qu'il y a incontestablement une amélioration quant à la prise en charge des malades résidant à Alger et en particulier une meilleure coordination globale : Hôpital - Dispensaire, depuis la réorganisation de la lutte antituberculeuse.



III. 3. 3 - Cependant si une meilleure coordination globale s'est opérée depuis la réorganisation de la lutte antituberculeuse, cette dernière ne peut être améliorée que si la sectorisation géographique est sérieusement respectée dès l'hospitalisation. Ainsi il est apparu au cours de notre enquête portant sur des malades hospitalisés en clinique de Pneumophtisiologie " A ", centre de référence du Secteur Ouest, que le taux de "perdus de vue" diffère d'un secteur à l'autre (tableau

TABLEAU: 31 Taux de perdus de vue par secteur pour la ville d'Alger

| Secteur d'Alger |               | Perdus de vue<br>Pourcentage |
|-----------------|---------------|------------------------------|
| ALGER           | Secteur Ouest | 17 %                         |
|                 | Secteur Est   | 27 %                         |

Le pourcentage de malade perdus de vue s'avère plus important dans le secteur Est de la ville d'Alger, ce qui démontre l'importance d'appliquer la sectorisation, dès l'hospitalisation et la phase initiale du traitement.

CONCLUSION : Témoin de l'efficacité pratique, le taux comparatif des malades "perdus de vue" dans ces 2 enquêtes, traduit une amélioration de la lutte antituberculeuse depuis la réorganisation.

Un gain serait encore réalisé si, grâce au respect strict de la sectorisation dès le diagnostic et le début du traitement, les malades étaient pris en charge effectivement par une équipe médicale assurant une coordination naturelle et étroite entre l'hôpital et les dispensaires.



III. 3 - Comment réduire le nombre de malades  
perdus de vue.



C'est en effet l'analyse des malades "perdus de vue" qui traduit l'échec le plus grave et le plus important : l'échec organisationnel. Ainsi se trouve posé le problème : comment réduire ces "perdus de vue" ?

Le respect de la sectorisation est une première mesure nécessaire mais non suffisante. Mais d'autres mesures sont nécessaires. Ainsi nous avons pu faire la constatation suivante : 75 % des malades confiés aux dispensaires spécialisés des 2 Secteurs de la ville d'Alger, sont perdus de vue avant le 1er semestre de traitement, dont 53 % dès leur sortie de l'hôpital, 16 % de 0 à 3 Mois et 9 % de 3 à 6 Mois (Tableau 32)

TABLEAU:32 Date de disparition des malades perdus de vue de la ville d'Alger.

| Date de Disparition               | Nbr. de malades Perdus de Vue | Pourcentage |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Dès leur sortie de l'hôpital      | 40                            | 53 %        |
| de 0 à 3 Mois après le traitement | 12                            | 16 %        |
| de 3 à 6 Mois                     | 7                             | 9 %         |
| de 6 à 12 Mois                    | 17                            | 22 %        |

Ainsi les "perdus de vue" dès leur sortie de l'hôpital constitue le plus gros facteur et l'enquête personnelle à leur recherche, a permis d'insister sur l'une des causes principales de la non "récupération" de ces malades : malade absent à l'adresse indiquée, ou fausse adresse, ou adresse imprécise, ou changement d'adresse". C'est pourquoi outre la série de mesures concrètes préconisées et appliquées dans certains secteurs pour la "matérialisation" de la coordination, nous avons jugé utile d'en proposer une autre, applicable à partir de Novembre 1973 à la Clinique de Pneumo-Phtisiologie "A" fiche des adresses des malades ". Ainsi nous rejoignons l'idée avancée par W FOX et l'expérience du Venezuela (Fac simile).







--  O N C L U S I O N S --

--COC--



.1/ Notre enquête a été une enquête rétrospective portant sur le devenir de 500 malades tuberculeux : tuberculeux pulmonaires et tuberculeux extra-pulmonaires pris en charge de Mai 1971 à Avril 1972, au lendemain de la sectorisation de la Wilaya d'Alger, douze mois après le début du traitement.

.2/ Les résultats de l'enquête ont donné les chiffres suivants :

- 286 malades ont eu une évolution favorable soit 57 %
- 39 malades étaient encore bécillifères : 8 %
- 39 malades sont décédés : 8 % avec pour remarque :  
1 échec de dépistage.
- 136 malades sont perdus de vue : 27 %.

Comparativement aux résultats obtenus récemment pour les tuberculoses pulmonaires, ils sont sensiblement du même ordre (enquête Nationale 1971).

- Evolution favorable : 56 %
- Bacillifères : 4 %
- Décédés : 12 %
- Perdus de Vue : 28 %.

.3/ En outre, notre enquête aura permis quelques précisions importantes à savoir que la localisation de la maladie (TEP ou TP), que la qualité diagnostique (examen direct seul ou avec culture) ou que le régime thérapeutique 1ère ligne ou réserve, n'interviennent pas ou peu dans les résultats pratiques de l'évaluation de l'efficacité.

/...



Le lieu du traitement ambulatoire cependant, c'est-à-dire la coordination entre le centre qu'assure le diagnostic et traitement, et le centre de soins ambulatoires, joue un rôle fondamentale.

.4/ Aussi la sectorisation géographique appliquée strictement à tous les malades tuberculeux, se fait-elle sentir comme un préalable indispensable à l'organisation d'un réseau de traitement efficace, et qu'une coordination efficace entre les diverses structures chargées du traitement soit plus effective.

.5/ L'enquête présente a permis de montrer par contre une amélioration certaine de la lutte antituberculeuse sur ALGER Ville dans l'ensemble, mais aussi de nous donner un aperçu sur l'état de la lutte antituberculeuse dans les autres Wilayate d'Algérie : le taux de "perdus de vue" atteint 70%.

.6/ Indice fidèle d'évaluation de l'efficacité pratique, le taux de "perdus de vue" aura permis de poser le problème de la réduction de leur nombre. Pour ce faire, les résultats ont montré que ces malades étaient "perdus de vue" dans 3/4 du cas dans le 1er semestre du traitement, avec notamment un problème d'adresse exacte des malades.

Aussi les mesures concrètes suivantes sont prévues.

- Sectorisation géographique comme préalable
- Meilleure coordination entre les différents secteurs de la lutte gage d'une amélioration de la lutte comme nous l'ont prouvé les résultats de l'enquête présente.
- Respect des directives nationales en matière de lutte antituberculeuse.
- L'organisation de la prise en charge thérapeutique du malade à l'hôpital (interrogatoire précis permettant de situer le contexte soins économiques où vit le malade son adresse exacte et toutes celles pouvant l'aider à le retrouver, en cas d'absence : modèle proposé), l'organisation du transfert de responsabilité thérapeutique à la sortie de l'hôpital vers la structure de contrôle ambulatoire, permettraient de réduire de beaucoup le nombre de malades perdus de vue.



-  N N E X E -



- /- ICHE MECANOGRAPHIQUE -

---



vice :..... de.....

FICHE-LETTRE

Mon cher Confrère,

Je vous confie M..... âgé de.....

domicilié à :.....rue.....N°.....

et qui dépend de votre secteur.

Je vous transmits ci-dessous les renseignements médicaux à ma disposition.

HOSPITALISATION :

Lieu:.....Dossier n°.....

:.....au:.....

DIAGNOSTIC A L'ENTREE:

Tuberculose pulmonaire

|    |                        |                  |                              |
|----|------------------------|------------------|------------------------------|
| Rx | excavée<br>non excavée | étendue<br>1-2-3 | D - G<br>Test de sensibilité |
| DX | Direct                 | Culture          | S.....<br>R.....             |

JA-JAMAIS TRAITE AUPARAVANT :

Tuberculose extra-pulmonaire :.....

Maladie associée :.....

TRAITEMENT RECU : { .....du.....au.....  
.....du.....

ALERANCE :.....

STAT A LA SORTIE: Rx      excavée      étendue      D - G  
                         non excavée      1-2-3

DX      direct :..... Culture.....

traitements proposés à titre ambulatoire :.....

....., le.....  
Le Médecin,

- Cette fiche-lettre de sortie est établie en 3 exemplaires, l'un est mis en mains propres au malade, le second est adressé directement par le médecin phthisiologue du dispensaire intéressé, le troisième restant dans le dossier hospitalier.



Alger, le

197

Mon Cher Confrère

Je vous ai confié le .....  
M.....  
demeurant à .....  
Ce malade était atteint de tuberculose et devait suivre un traitement  
ambulatoire sous votre contrôle.

Ce malade était atteint de tuberculose et devait suivre un traitement  
ambulatoire sous votre contrôle.

Pourriez-vous m'informer du devenir de ce malade, en remplissant le  
feuillet ci-dessous et en le renvoyant par retour de courrier?

Je vous remercie d'avance de votre collaboration et vous prie  
d'agréer mes sentiments les meilleurs.

(signature : le médecin)

à détacher et à renvoyer à l'adresse ci-dessous)

N° du dossier:

Nom du Malade .....  
Adresse .....  
Confié le .....  
.....

Le malade s'est présenté dans mon dispensaire : OUI NON  
Il a suivi son traitement antituberculeux : OUI NON

(barrer la mention inutile)

Date du dernier contrôle: .....

Etat bactériologique à cette date: BK positif?  
BK négatif?  
BK non recherché?

Autres informations (OCD, disparition, décès, etc.) .....



NOM & PRENOMS.....

NOM DU CONJOINT.....

ADRESSE HABITUELLE PRECISE.....

ADRESSE DU LIEU DE TRAV. IL OU DES ETUDES.....

ADRESSE OU LE MALADE VA RESIDER A LA SORTIE DE L'HOPITAL, PENDANT  
SON CONGE DE MALADIE.....

NOM ET ADRESSE DES PARENTS ET DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS  
D'URGENCE. ....

N.B. Cette fiche doit être remplie très soigneusement à l'entrée  
et contrôlée par un nouvel interrogatoire à la sortie.



## CODE DE CLASSEMENT DES DOSSIERS

-----

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Début de la chimiothérapie : inférieure à 45 jours                | 1  |
| entre 45 et 90 jours                                              | 2  |
| supérieure à 90 jours                                             | 0  |
| -Tuberculose pulmonaire.....                                      | 3  |
| excavée .....                                                     | 4  |
| non excavée .....                                                 | 0  |
| unilatérale .....                                                 | 5  |
| bilatérale .....                                                  | 0  |
| Etendue III .....                                                 | 6  |
| "    II .....                                                     | 7  |
| "    I .....                                                      | 0  |
| - Primo Infection Patente.....                                    | 8  |
| - Pleurésie séro-fibrineuse.....                                  | 9  |
| - Autre Tuberculose extra respiratoire isolée .....               | 10 |
| - Tuberculose extra respiratoire associée ..                      | 11 |
| - Preuve bactériologique.....                                     | 12 |
| * BK direct positif seul.....                                     | 13 |
| (ou BK positif culture non faite)                                 |    |
| * BK direct positif, culture positive.....                        | 14 |
| * BK négatif culture positive.....                                | 0  |
| - Preuve histologique : follicule ou caséum.....                  | 15 |
| - Présomption forte : infiltrat lymphocytaire et cellules géantes | 16 |
| -Preuve cytologique .....                                         | 17 |
| - Maladie associée .....                                          | 18 |



# -SECTEUR D'AFFECTION :

=====

|                         |    |
|-------------------------|----|
| * ALGER Secteur A ..... | 19 |
| - MUSTAPHA .....        | 20 |
| - CASBAH .....          | 21 |
| - LAZBERGES .....       | 0  |
| * Alger Secteur B.....  | 22 |
| - Belcourt .....        | 23 |
| - Hussein-Dey .....     | 24 |
| - El-Anasser .....      | 25 |
| - El-Harrach .....      | 0  |
| * Wilaya d'Alger.....   | 26 |
| - Blida .....           | 27 |
| - Koléa .....           | 28 |
| - Hadjout .....         | 29 |
| - Douéra .....          | 30 |
| - Autres .....          | 0  |
| * Autres wilayate ..... | 31 |

# -STRUCTURES DE TRAITEMENT :

=====

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| - Traité au dispensaire antituberculeux même...                                       | 32 |
| - Traite dans un centre de santé s/contrôle<br>du dispensaire antituberculeux .....   | 33 |
| -Traité dans un centre de santé sans contrôle<br>du dispensaire antituberculeux ..... | 0  |
| - Traité par un médecin privé ou clinique privée                                      | 34 |

# -REGIME SUIVI :

=====

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| - 1ère ligne .....                    | 35 |
| - " " intermittent .....              | 36 |
| - " " continu .....                   | 0  |
| - 2 <sup>e</sup> ligne standard ..... | 37 |



|                         |    |
|-------------------------|----|
| -- Autres régimes ..... | 39 |
| - " " adaptés .....     | 40 |
| - " " incorrects .....  | 0  |

# DEVENIR DU MALADE =====

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| I ---- <u>DECEDE</u> .....                                     | 41 |
| en cours d'hospitalisation.....                                | 42 |
| Durée inférieure à 3 mois après la sortie....                  | 43 |
| Durée supérieure à 3 mois après la sortie....                  | 0  |
| Décès en rapport direct avec la tubercu-<br>lose. ....         | 44 |
| - Décès sans rapport avec la tuberculose                       | 45 |
| - " cause indéterminée .....                                   | 46 |
| II ---- <u>Vivant à 12 mois, contrôle fait</u> .....           | 47 |
| 1°) TP évolution favorable    Knégatif ...                     | 48 |
| - 1 seul BK négatif entrelè et<br>14è mois.....                | 49 |
| - 2 BK négatifs.....                                           | 50 |
| - 3 BK " .....                                                 | 51 |
| - 4 BK " .....                                                 | 0  |
| - Une culture négative .....                                   | 52 |
| - 2 cultures négatives.. .....                                 | 53 |
| - 3 cultures négatives .. .....                                | 54 |
| - Pas de culture .. .....                                      | 0  |
| 2°) Tuberculose extra pulmonaire evolu-<br>tion favorable..... | 55 |
| Clinique et(ou) radiologie.....                                |    |
| 3°) Tuberculose pulmonaire défavorable<br>BK positif .....     | 56 |
| - 1 seul BK positif .....                                      | 57 |
| - 2 BK positifs .....                                          | 0  |
| - 1 culture positive .....                                     | 58 |
| - Pas de culture .....                                         | 00 |
| Nombre de BK par champ positif.( ).....                        | 59 |
| " ( +).....                                                    | 60 |
| " (+++).....                                                   | 61 |
| indéterminé .....                                              | 0  |



|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| - Test de sensibilité fait .....                            | 62 |
| - " " non fait .....                                        | 0  |
| - Souche sensible .....                                     | 63 |
| - Souche résistante.....                                    | 0  |
| 4°) Tuberculose extra pulmonaire évolution défavorable..... | 64 |
| Clinique et (ou) radiologique                               |    |
| III - <u>Vivant contrôle non fait</u> .....                 | 65 |
| - Après contrôle, évolution favorable.....                  | 66 |
| - " " " défavorable.....                                    | 67 |
| - Contrôle impossible.....                                  | 0  |
| IV - <u>PERDU DE VUE</u> .....                              | 68 |
| - Dès sa sortie de l'hôpital.....                           | 69 |
| 6 Avant 3 mois après début du traitement...                 | 70 |
| - Du 3è au 6è mois après début du traitement ...            | 71 |
| - entre 6è et 12mois " " " .....                            | 0  |
| - convocation faite.....                                    | 72 |
| - " non faite.....                                          | 0  |
| - par l'unité de soin .....                                 | 73 |
| - par l'enquêteur.....                                      | 0  |
| <u>PERDU DE VUE RETROUVE</u> .....                          | 74 |
| - revenu spontanément.....                                  | 75 |
| 1 - après convocation de l'unité de soins. ....             | 76 |
| - après visite à domicile.....                              | 77 |
| - Grâce à l'enquête.....                                    | 0  |
| - <u>Durée de l'interruption :</u>                          |    |
| de 1 à 3 mois.....                                          | 78 |
| de 3 à 6 mois .....                                         | 79 |
| Supérieure à 6 mois.....                                    | 80 |
| -Traitement interrompu.....                                 | 81 |
| - " poursuivi correctement.....                             | 82 |
| - " " incorrectement.....                                   | 0  |



|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| - Evolution du retour favorable..... | 83 |
| - " " " défavorable.....             | 84 |
| - Refus d'examen.....                | 0  |

## RAISONS DE L'INTERRUPTION

### (.) Raisons médicales

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| - Intolérance ou toxicité.....   | 85 |
| - Autre maladie ou accident..... | 86 |

### (.) Raisons sociales (appartenant au malade)

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| - Problèmes socio économiques..... | 87 |
|------------------------------------|----|

### (.) Raisons organisationnelles (Structure)..... 83

Mauvais accueil

### (.) Autres..... 0

## PERDU DE VUE NON RETROUVE..... 89

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| - Cause connue.....                   | 90 |
| - Cause inconnue.....                 | 0  |
| - Adresse imprécise ou fausse.....    | 91 |
| - Séjour temporaire à Alger.....      | 92 |
| - Causes présumées après enquête..... | 93 |
| - médicales.....                      | 94 |
| - sociales.....                       | 95 |
| - Structures.....                     | 96 |
| - Autres.....                         | 0  |



N° enquête

NOM ..... Prénom..... N° Dossier.....

Conjugué ..... Sexe ..... Age .....

Adresse .....

Début de la chimiothérapie le .....

Durée d'hospitalisation en jours : .....

# DIAGNOSTIC -

Tuberculose pulmonaire non excavée ..... excavée .....

ét. I, II, III .....

unilatérale, bilatérale .....

Primo infection patente .....

Pleurésie SF ou Hémorragique d'apparence primitive .....

Tuberculose extra respiratoire associée .....

Maladie associée .....

Preuve bactériologique - examen direct positif seul .....

- ex.directs + Cult. Positifs .....

- ex.direct négatifs + Culr.Positifs .....

Preuve histologique .....

ou cytologique ( follicules) .....

( pus caséux) .....

# TRAITEMENT AMBULATOIRE

I. LIEU - ALGER = Sect. A : Mustapha, Bab El. Oued, Casbah .....

Sect. B : Belcourt, El Annasser, El Dey, .....

- WILAYA D'ALGER : Cheraga, Blida, Rouiba .....

- AUTRES WILAYATE : .....

- Changement de lieu en cours de traitement .....

ambulatoire

II. REGIME SUIVI

I ère ligne : intermittent continu .....

2 ème ligne : Standard

3 ème ligne : RE

Autres régimes : corrects (adptés à antibiogramme)

gramme incorrects



## PERDU DE VUE RETROUVE

- malade revenu spontanément le .....  
revenu après convocation ; ..... )  
revenu après visite à domicile .....  
à devenir connu, grâce à l'enquête présente
- Durée de l'interruption: .....  
- Traitement durant l'interruption  
arrêt de tout traitement  
traitement correct ou acceptable : .....  
traitement incorrect : .....
- Etat au retour du malade  
évolution favorable ou BK O .....  
évolution défavorable ou BK + .....  
refus d'examen .....
- Raisons invoquées par le malade pour l'interruption
  - intolérance ou toxicité .....  
problèmes socio-économique (déménagement, changement  
d'emploi) .....  
.....
  - autre maladie .....  
.....
  - mauvais accueil du personnel du dispensaire  
.....
  - autres .....  
.....

## II PERDU DE VUE NON RETROUVE

- cause inconnue : enquête non faite .....
- cause connue : après enquête
  - adresse imprécise ou incomplète  
inconnu à l'adresse .....
  - séjour temporaire à l'adresse indiquée  
( en dortoir, en hôtel, chez des amis  
..... )
- cause présurée après enquête à  
.....  
.....  
.....  
.....



DECES : Date .....  
 cause en rapport avec la tuberculose .....  
 cause sans rapport avec la tuberculose .....  
 (préc. ser .....)  
 cause indéterminée .....

VIVANT :

Evolution favorable et BK O

- TP nombre d'examens directs négatifs  
 du 11e au 14e mois .....  
 nombre de cultures négatives .....  
 - TEP évolution favorable clinique  
 radiologique .....

Evolution défavorable et BK +

- TP nombre d'examens directs positifs  
 du 11e au 14e mois .....  
 nombre de cultures positives .....  
 résultats quantitatifs .....  
 .....  
 résistance prouvés : .....  
 - TEP reprise évolution clinique  
 radiologique .....

Contrôle médical ou bactériologique non fait

(malade connu comme vivant et suivant son traitement). .....  
 Après convocation et contrôle le .....  
 évolution favorable et BK O .....  
 évolution défavorable et BK + .....

PERDU DE VUE

(malade disparu plus d'un mois)

- date de la dernière présentation .....  
 - perdu de vue dès la sortie de l'Hôpital .....  
 - perdu de vue au ..... ème mois de traitement ambulatoire. ....  
 - convocation (s) faite (s) par l'unité de soins .....  
 ambulatoires par l'enquêteur .....  
 Le .....



B I B L I O G R A P H I E



Problèmes organisationnels dans la chimiothérapie  
intermittente de la tuberculose pulmonaire.

Ve Journées médicales maghrébines - Alger 1969.

2 - ABDERRAHIM K, ZIROUT A, CHAULET P, LARBAOUI D.

L'organisation du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en Algérie.

Communication à la 2ème conférence Internationale de la tuberculose  
Moscou juillet 1971.

3 - ABDERRAHIM K, AIT-KHALED N, AMRANE R, HANNACHI M.R.

L'évaluation de l'activité d'un dispensaire antituberculeux.

A propos du bilan de fonctionnement d'un dispensaire  
spécialisé d'Alger en 1971.

2ème Congrès médical Maghrébin Mai 1972.

4 - ABDERRAHIM K, ZIROUT A, BOUCEKKINE T, LARBAOUI D, CHAULET P.

La place des tuberculoses extra pulmonaires dans la  
pratique d'une consultation spécialisée.

Soc. Sc. Med.Est. Alger 18.1.1969.

5 - ABDERRAHIM K, ZIROUT A, CHAULET P, LARBAOUI D.

Le traitement intermittent des tuberculoses extra-pulmonaires  
Tunis - 4 - 6 Mai 1970.

6 - ALLAL G.

Etude du fonctionnement du secteur de lutte anti-tuberculeuse  
contrôlé par le dispensaire de Bab-El-Oued à Alger -  
Thèse Alger 1973.

7 - ASSELAH C.H.

Les résultats réels du traitement de la tuberculose pulmonaire :  
Enquête sur le devenir de 285 malades hospitalisés en 1966 au Centre  
hospitalier universitaire d'Alger.

Thèse Alger 1969.

8 - BOUGHERBAL R.

Contribution à l'étude des tuberculoses extra-pulmonaires  
à propos de 424 cas -

Thèse Alger 1971.

.../



- 2 -

9 - BRITISH TUBERCULOSIS ASSOCIATION :

Tuberculosis among immigrants to England and Wales :  
a national survey in 1965.

Tubercle 1966 - page - Tome :

10 - CHAMPENOIS M.

Etude de la morbidité hospitalière d'un service de  
pneumophtisiologie d'Alger :

Applications pratiques,

Thèse Nantes 1973.

11-CHAULET P.

Etudes récentes sur le devenir des tuberculeux.

Société Algérienne de pneumophtisiologie - Réunion de  
Constantine 10 Janvier 1970.

12 - CHAULET P, LARBAOUI D, ABDERRAHIM K, ZIROUT A.

Les résultats réels de la chimiothérapie chez les 455  
tuberculeux dépistés dans une unité de lutte antituberculeuse d'Alger  
en 1966 et 1967.

XXème - Conférence Internationale de la Tuberculose : New-York 1969.

Journal de Médecine du Maroc 1969.

13 - CHAULET P, LARBAOUI D et COLLABORATEURS.

Le devenir de 235 tuberculeux hospitalisés à Alger  
en 1966.

Journal de Médecine du Maroc 1968.

14 - CHAULET P, ABDERRAHIM K et ORIOL P.

L'organisation de la chimiothérapie anti-tuberculeuse  
en Algérie -

Rapport présenté aux deuxièmes journées Maghrébines de  
pneumophtisiologie Casablanca Mai 1971, Journal de Médecine du Maroc.

.../

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

12

15 - CHAULET P, LARBAOUI D, ABDERRAHIM K, ZIROUT A.

Les résultats pratiques de la chimiothérapie dans une unité de lutte antituberculeuse d'Alger en 1966 - 1967 (Enquête retrospective).

In " acquisition récentes sur la tuberculose en Algérie 1970 - Pages 185 - 186 - Editions SNED Alger 1971.

16 - CHAULET P, ABDERRAHIM K, LARBAOUI D.

Les résultats pratiques de la chimiothérapie de la tuberculose en Algérie.

IIIe- Conférence Régionale de la Tuberculose OUAGADOUGOU Décembre 1972.

17 - CHAULET P, ABDERRAHIM K, OUSSEDIK N et COLLABORATEURS.

La place des tuberculoses extrapulmonaires dans l'activité de routine d'un réseau de lutte antituberculeuse à Alger en 1972. - Communication au IIIe congrès Médical Maghrébin. - Tunis Mai 1973.

18 - CHAULET P, OUSSEDIK N, ABDERRAHIM K, et COLLABORATEURS.

La lutte antituberculeuse à Alger et dans la Wilaya d'Alger -

Rapport de l'activité du secteur Ouest pour l'année 1972 ,  
Alger Février 1973 ( Document ronétypé).

19 - CHEIKH AL GHAMAMI Z.

L'organisation de la chimiothérapie de la tuberculose en Algérie : Résultats d'une enquête nationale menée en 1971 - Thèse Alger 1971.

20 - CHEW C.H.

Une enquête nationale sur le traitement à Singapour. Quelques rapports présentés à la XXIème conférence internationale de la tuberculose - Moscou : 12 - 16 Juillet 1971.

Bul. Union Int. Tub XLVII : 98 - 106.

21 - COMITE O.M.S. D'EXPERTS DE LA TUBERCULOSE :

Huitième rapport - organisation mondiale de la santé - service rapport technique 1964.

22 - COMMISSION CONSULTATIVE NATIONALE DE PHTISIOLOGIE :

Recommandation sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose en Algérie, Avril 1966. .../



23 - EL-HAFYAN I.

Devenir de cent tuberculeux hospitalisés en 1969 - 1970  
à l'Hôpital ISSAD HASSANI.

Thèse Alger Septembre 1971.

24 - FOX .W.

Considérations générales sur le choix et le maniement des  
régimes thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire -Bulletin UICT 1972-  
vol. 47, 51 - 74.

25 - FOX .W.

Organisational and administrative considérations in the  
diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in the developing coun-  
tries.

Tubercle, lond., 1968, 49, 332.

26 - KOUIDRI M.

La tuberculose dans le grand Alger: Rôle du dispensaire  
antituberculeux.

Thèse Alger 1968.

27 - LARBAOUI D, ABDERRAHIM K, CHAULET P, ZIROUT A.

Les problèmes posés par l'organisation du traitement  
ambulatoire de la tuberculose pulmonaire **en Algérie.**

XVIIe Congrès National de la Tuberculose et des maladies respiratoires -  
Bordeaux Avril 1970.

28 - LEVI-VALENSI A, MCLINAGE G, GARCHON-BAGRY C, et ASPAR A.

Que deviennent trois ans après leur sortie d'hôpital les  
tuberculeux pulmonaires traités dans le service de phtysiologie.

Journal de Pneumophtisiologie d'Afrique du Nord 1956.

MAHLER F -

29 - Quelques unes des conditions nécessaires pour un programme antituber-  
culeux véritablement intégré.

Bull. V.I. contre la tuberculose - Août 1969 XLII P/163 - 172.

1000 1000 1000

1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

75

1000 1000 1000

1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000

1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

30 - MASCRET C.

Le devenir de 800 tuberculeux pulmonaires dépistés à Sidi-Bel-Abbès de 1963 à 1968.

Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie 19 Décembre 1970 - Alger.

31 - MINTIENS E, MOKHTARI L, BOUKADOUM M.

Devenir de 80 tuberculeux deux ans après leur sortie de l'hôpital.

Société Algérienne de Pneumo-phtisiologie - Réunion de Constantine Décembre 1966.

32 - MOUSSAOUI M.

Bilan du fonctionnement de la clinique de Pneumo-phtisiologie du CHU d'Alger au cours des années 1969 - 1970.

Thèse Alger 1971.

33 - OUSSEDIK N, et COLLABORATEURS :

Le rôle de l'hôpital ISSAD HASSANI (Béni-Messous) dans la lutte antituberculeuse en Algérie.

Société Algérienne de Pneumo-phtisiologie Alger Mars 1968.

34 - OUSSEDIK N, ABDERRAHIM K, CHAULET P.

L'évaluation de la lutte contre la tuberculose dans un secteur urbain et rural en Algérie.

Communication à la XXII Conférence Internationale de la Tuberculose Tokyo, 24 - 28 Septembre 1973.

35 - OUSSEDIK N, CARON M, LOUCIF M.S., HANNACHI M.R.

L'évaluation de l'activité thérapeutique antituberculeuse dans un dispensaire spécialisé d'Alger.

Société Algérienne de Pneumo-phtisiologie Alger 17 Décembre 1972.

36 - ROUILLON A.

Problèmes posés par l'organisation d'un traitement ambulatoire efficace des malades tuberculeux - Motivation.  
Quelques rapports présentés à la XXI Conférence Internationale de la Tuberculose, Moscou, 12 - 16 Juillet 1971 - Bull. Union Int - Tub - XLVII.72-87.



37 - SEMMAR M.

Contribution à la recherche d'indices simples d'évaluation  
du fonctionnement d'une unité de lutte antituberculeuse.

Thèse Alger 1972.

38 - TESSIER I.

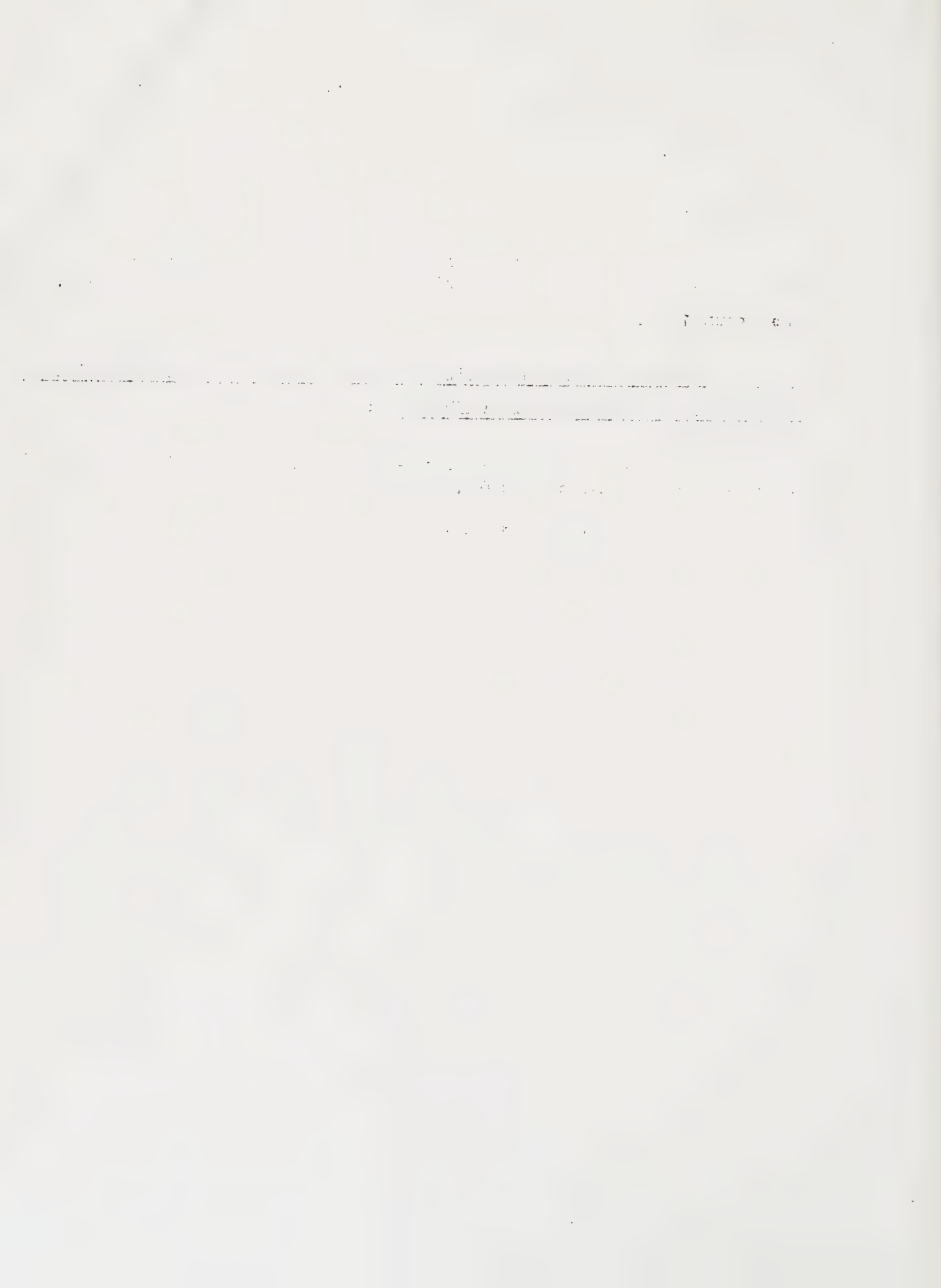
Aspect de la lutte antituberculeuse en Algérie - Du  
Sanatorium classique à l'unité sectorielle de la lutte antituberculeuse.

Thèse Bordeaux 1969.

39 - TRAVAIL COOPERATIF MENE SOUS L'EGIDE DE LA SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER  
ET LA SOCIETE ALGERIENNE DE CHIRURGIE :

Les tuberculoses extra-respiratoires : Enquête hospitalière  
rétrospective menée à Alger en 1973/

3ème Congrès Médical Maghrébin 14 - 15 Mai 1973.



Vu le Président du Jury

Signé :

Vu le Doyen

Signé :

Vu et permis d'imprimer

Alger, le

Le Directeur de l'enseignement supérieur

Signé :









